



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

**Cuidados de Enfermagem no Serviço de  
Urgência à Pessoa Idosa Vítima de Violência**

**Susana Isabel Mendes Pinto**

2013



# **Curso de Mestrado em Enfermagem**

**Área de Especialização**

**Médico-Cirúrgica Vertente Pessoa Idosa**

**Cuidados de Enfermagem no Serviço de  
Urgência à Pessoa Idosa Vítima de Violência**

**Susana Isabel Mendes Pinto**

**Professora Doutora Pereira Lopes**

**2013**

*“Agora vou-te contar o tal segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O  
essencial é invisível para os olhos...”*

*(...)*

*- Os homens já não se lembram desta verdade – disse a raposa – Mas tu não te  
deves esquecer dela. Ficas responsável para todo o sempre por aquilo que  
cativaste.”*

*(Saint-Exupéry, 2007)*

## **AGRADECIMENTOS**

- À Senhora Professora Doutora Pereira Lopes pela disponibilidade, capacidade de entusiasmar, desafiar e inculcar uma reflexão permanente na prática e neste percurso académico. Uma orientação acompanhada dotada de liberdade para crescer e adquirir competências. .
- Aos meus pais, irmão e avós pelo apoio incondicional, amor e compreensão pelos momentos em que estive ausente.
- À Goreti pela amizade e experiência que me serenou nos momentos de maior desânimo e me motivou sempre a ser mais exigente
- À colega e amiga Ana Costa pelos momentos de partilha, desabafo, amizade e ajuda.
- Aos enfermeiros que confiaram no projeto e permitiram o meu desenvolvimento pessoal.
- A todos e todas com quem partilhei este projeto, que me ouviram e me deram ânimo para continuar.
- A todas as pessoas idosas e suas famílias das quais tive o privilégio de cuidar.

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AIVD's – Atividades Instrumentais de Vida

APA – American Psychological Association

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

artº - artigo

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diárias

CASE – *Caregiver Abuse Screen*

CDE – Código Deontológico do Enfermeiro

CID -10 – Classificação Internacional de Diagnósticos

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

cit. – Citado

CP – Código Penal

CPP – Código de Processo Penal

CREMESP - Centro Regional de Medicina do Estado de São Paulo

D. – Dona

DGS – Direção Geral de Saúde

DL – Decreto-Lei

EAI – *Elder Assessment Instrument*

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

EUA – Estados Unidos da América

GIA – Gabinete de Informação e Acolhimento

h – Horas

HTA – Hipertensão Arterial

IM – Intramuscular

INE – Instituto Nacional de Estatística

l - Litros

min - Minutos

MMSE – *Mini Mental State Examination*

MRCdq – *Medical Research Council Dyspnea Questionnaire*

nº. - Número

NEAIS – *National Elder Abuse Incidence Study*

NCEA – *National Center on Elder Abuse*

O<sub>2</sub> - Oxigênio

OE - Ordem dos Enfermeiros

p. – Página

pp. - De página a página

PA – Pressão Arterial

PNS – Plano Nacional de Saúde

PNSPI – Programa Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa

PSP – Polícia de Segurança Pública

QEEA – *Questions to Elicit Elder Abuse*

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

RSL – Revisão Sistemática da Literatura

SAPE – Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem

Sr. – Senhor

Sra. – Senhora

SU – Serviço de Urgência

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UP – Úlceras de pressão

VD – Visita Domiciliária

WHO – *World Health Organization*

## RESUMO

A violência na pessoa idosa é um fenómeno real reconhecido internacionalmente que se assume como um problema de enfermagem, o qual os enfermeiros têm dificuldade em identificar e dar uma resposta adequada. É por isso necessário sensibilizar e capacitar os enfermeiros face a esta situação complexa de cuidados. Por essa razão, desenvolveu-se um projeto de intervenção com a finalidade de desenvolver competências de enfermeiro especialista na área da violência à pessoa idosa.

Este projeto tem por base dois objetivos. O primeiro é o desenvolvimento de competências clínicas na abordagem à pessoa idosa, à sua família e também à pessoa idosa vítima de violência. O segundo é o desenvolvimento de competências na área de implementação de um projeto de mudança da prática de enfermagem nas situações de violência.

O projeto foi desenvolvido num Serviço de Urgência de um hospital da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, tendo por base a metodologia de trabalho de projeto.

No desenvolvimento de competências clínicas destacam-se como aprendizagens o conhecer o cliente, a avaliação multidimensional da pessoa idosa, a relação próxima e empática enfermeiro-cliente e a intervenção do enfermeiro em situações de vulnerabilidade e violência, nomeadamente, na identificação, avaliação e ação.

No desenvolvimento de competências na área da implementação de um projeto de mudança da prática, destacam-se as seguintes aprendizagens: capacidade de proximidade e negociação com a equipa, importância de reuniões de enfermagem para discussão de situações complexas, planeamento pormenorizado da intervenção junto da equipa, construção de uma lista síntese de pontos essenciais na identificação de violência.

O desenvolvimento de competências tornou-se possível pela constante reflexão na prática com base em diários de campo, jornais de aprendizagem e evidência científica.

Salienta-se a mudança na prática por parte dos enfermeiros na abordagem à pessoa idosa vulnerável e a preocupação com a identificação das situações de violência e com a continuidade dos cuidados.

Palavras – chave: violência à pessoa idosa; cuidado de enfermagem; competências; metodologia de trabalho de projeto.

## **ABSTRACT**

Violence against elderly people is a real internationally recognized phenomenon that is assumed as a problem in nursing, and which nurses have difficulty in identifying and giving an appropriate answer. It is therefore necessary to raise awareness and qualify nurses regarding this complex situation of care. For that reason, an intervention project has been developed in order to develop skills of specialist nurse on violence against elderly people.

This project is based on two objectives. First, the development of clinical skills in the approach to the elderly, their families and also to the elderly victims of violence. Second, the development of skills in the area of implementation of a changing project in nursing practice in situations of violence.

This project has been developed in an Emergency Service of a hospital from the Regional Health Administration from Lisbon and Tagus Valley, based on the methodology of project work.

In the development of clinical skills, stand out as apprenticeships the knowledge of the patient, the multidimensional evaluation of the elderly, the close and empathic relationship nurse-patient and the intervention of the nurse in situations of vulnerability and violence, namely, in identification, evaluation and action.

In the development of skills in the area of implementation of a changing project in nursing practice, stand out the following apprenticeships: the capacity of proximity and negotiation with the team, the importance of nursing meetings to discuss complex situations, the detailed planning of the intervention with the team, the building of a summary list of essential points in the identification of violence.

The development of skills became possible due to the constant reflection in practice based in field diaries, apprenticeship newspapers and scientific evidence. It must be stressed the change in practice by nurses in the approach to the vulnerable elderly and the concern with the identification of situations of violence and the continuity of care.

Key-words: violence against elderly people; nursing care; skills; projet work methodology



# ÍNDICE

<b>Introdução .....</b>	<b>14</b>
<b>Parte A – Revisão da Literatura .....</b>	<b>20</b>
<b>1.Violência à Pessoa Idosa .....</b>	<b>20</b>
<b>2. Cuidados de Enfermagem à Pessoa Idosa Vítima de Violência e sua Família .....</b>	<b>25</b>
2.1. Identificação de fatores de risco e sinais de alerta de violência .....	28
2.2. Avaliação da situação .....	32
2.3. Ação .....	34
<b>Parte B – Aquisição de aprendizagens e desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista .....</b>	<b>37</b>
<b>3. Desenvolvimento de competências .....</b>	<b>38</b>
3.1. Competências clínicas .....	39
3.2. Competências na implementação de um projeto de mudança da prática .....	52
<b>4. Conclusão .....</b>	<b>67</b>
<b>5. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>75</b>

## Anexos

Anexo I – Barreiras na notificação de situações de violência

Anexo II – Níveis de prevenção de violência

Anexo III – Atendimento

Anexo IV – Entrevista

Anexo V – Barreiras na identificação de situações de violência

Anexo VI – Sinais específicos de violência segundo a tipologia

Anexo VII – *Elder Assessment Instrument*

Anexo VIII – Escalas para avaliação multidimensional da pessoa idosa

Anexo IX – Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)

Anexo X – Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em situações de risco para os Serviços de Urgência (na criança)

## **Apêndices**

Apêndice I – Objetivos e atividades para o desenvolvimento de competências clínicas

Apêndice II – Instrumento de colheita de dados

Apêndice III – Identificação de fatores de risco de violência

Apêndice IV – Nota de campo: Tomada de decisão pela pessoa idosa

Apêndice V – Nota de campo: Respeito pela decisão do cliente

Apêndice VI – Nota de campo: Avaliação e importância da segurança do cliente

Apêndice VII –Diário de aprendizagem: Avaliação da sobrecarga do cuidador

Apêndice VIII – Diário de aprendizagem: Importância de comunicar com a família

Apêndice IX – Diário de aprendizagem: Acompanhar a família numa situação de fim de vida

Apêndice X – Nota de campo: Referenciação para Cuidados de Saúde Primários

Apêndice XI –Nota de campo: Referenciação para Cuidados Continuados

Apêndice XII– Diário de aprendizagem: Despiste de violência na pessoa idosa com demência

Apêndice XIII – Ficha de leitura

Apêndice XIV– Estudo de caso – Situação de vulnerabilidade acrescida

Apêndice XV – Revisão sistemática da literatura

Apêndice XVI – Objetivos e atividades para o desenvolvimento de competências na implementação de um projeto de mudança na prática

Apêndice XVII – Divulgação da 1ª reunião

Apêndice XVIII – Planeamento da 1ª reunião

Apêndice XIX – “Instrumento” de despiste de situações de violência à pessoa idosa – diagnóstico da situação

Apêndice XX – Lista síntese de indicadores na identificação de situações de violência (“ instrumento” de bolso)

Apêndice XXI - Ata da 1ª reunião

Apêndice XXII – Resultados do diagnóstico de situação da equipa

Apêndice XXIII – Nota de campo: Acompanhamento do enfermeiro da humanização

Apêndice XXIV – Grelha de análise dos registos de enfermagem

Apêndice XXV – Pedido de autorização para uso do questionário QEEA

Apêndice XXVI – Nota de campo : Referência para a equipa

Apêndice XXVII – Planeamento e ata da 2ª reunião

Apêndice XXVIII – Folha de codificação da base de dados do GIA

Apêndice XXIX – Poster ilustrativo: Identificação de violência à pessoa idosa

Apêndice XXX – Fluxograma de intervenção

Apêndice XXXI– Norma de procedimento

Apêndice XXXII – Avaliação final do projeto

Apêndice XXXIII - Necessidades de formação da equipa

Apêndice XXXIV – Formação aos enfermeiros do SU (divulgação, planeamento e sessão de formação)

Apêndice XXXV – Diagnóstico da situação dos enfermeiros do SU

Apêndice XXXVI – Ficha de sinalização de risco de violência à pessoa idosa

Apêndice XXXVII – Guião de entrevista

Apêndice XXXVIII – Consentimento informado e esclarecido para gravação de entrevista

Apêndice XXXIX – Pedido de autorização à Comissão de Ética

Apêndice XL – Nota de campo: Co-responsabilização da equipa de

enfermagem em situações de cuidados complexas

Apêndice XLI – Planeamento de reunião da equipa de enfermagem

Apêndice XLII – Apresentação de estudo de caso

Apêndice XLIII – Apreciação da reunião

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº. 1 – Fatores de risco segundo o Modelo Ecológico .....	29
Quadro nº. 2 – Sinais gerais de alerta para identificação de situações de violência.....	30
Quadro nº. 3 – Aspectos que os enfermeiros dão mais atenção na identificação de situações de violência (diagnóstico de situação) .....	56
Quadro nº. 4 – Aspectos que os enfermeiros passaram a dar mais atenção na identificação de situações de violência (após a intervenção na equipa).....	61

## INTRODUÇÃO<sup>1</sup>

A violência é um problema com crescente reconhecimento mundial, nos últimos 10 anos, no idoso vulnerável. A sua relevância epidemiológica é significativa e causa grande preocupação face aos resultados obtidos, pois os dados da investigação não permitem comparar resultados por ausência de critérios padrão válidos, falta de clareza nos conceitos, metodologias díspares e populações investigadas diferentes. Por outro lado, é um tema que afeta a privacidade da pessoa e as relações pessoais com familiares e cuidadores (Horl, 2007; Garre-Olmo *et al*, 2009; Penhale, 2010; Daly, Merchant e Jogerst, 2011).

Nos Estados Unidos da América (EUA), o *National Elder Abuse Incidence Study* (NEAIS) (National Center on Elder Abuse (NCEA), 1998a) estimou uma taxa de incidência de violência de 1.3%. Na Comunidade Europeia, a taxa de prevalência está a aumentar com um valor de 3% (cerca de 4 milhões de pessoas), mas prevê-se que atinja os 25% (World Health Organization (WHO), 2011). O estudo atual e representativo de Naughton *et al* (2012) estima uma prevalência de 2.2%. Em Portugal, 39.4% da população idosa é vítima de violência intrafamiliar (WHO, 2011), dados corroborados com a Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (APAV) que salienta a violência doméstica como o crime mais representativo (79.8%) na pessoa idosa (APAV, 2012b), salientando a violência física e psíquica como as mais prevalentes. Em 2012, 9% das vítimas diretas registadas na APAV referem-se à pessoa idosa enquanto vítima (cerca de 9000 pessoas) (APAV, 2013). Ainda a nível nacional, a pesquisa bibliográfica sobre o fenómeno mostra um reduzido número de estudos que não traduzem a magnitude do problema, pelo que os dados são escassos (Matos, 2010). Em Serviço de Urgência, os dados evidenciam que 86.7% das pessoas idosas apresenta pelo menos um indicador de violência, e a maioria apresenta apenas um (21.3%) (Borrvalho, 2010).

A violência sobre a pessoa idosa constitui um significativo risco para a população vulnerável (Lynch, 2006) e merece ser estudado por uma multiplicidade de razões. É um problema que reflete o envelhecimento populacional e implica alterações das

---

<sup>1</sup> O relatório está realizado de acordo com o Regulamento da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL, 2013) e as Normas APA (Godinho, 2012)

estruturas sociais como mudança na família e nos sistemas de apoio (Penhale, 2010). É considerado um fenómeno grave (Phelan, 2010) transversal a todas as culturas e sociedades (Kosberg *et al*, 2003), complexo e multidimensional com múltiplos fatores de risco e causas (Muehlbauer e Crane, 2006; Penhale, 2010; Kissal e Beser, 2011).

É um verdadeiro problema de saúde pública na medida que exige a implementação de estratégias de educação em saúde (Fulmer, 2003; Souza, Freitas e Queiroz, 2007; Coler, Lopes e Moreira 2008; Dong e Simon, 2008; Halphen, Varas e Sandowsky, 2009). Um problema de direitos humanos e de cidadania (WHO, 2002; Ferreira Alves, 2006) pela ameaça grave à integridade física e psicológica e colocação da vida em perigo (Berger e Mailloux-Poirier, 1994); e um problema social grave (NCEA, 1998a; Dias, 2004; Wang *et al*, 2007; WHO, 2011) com gastos acrescidos a nível social e de saúde (Blay e Espíndola, 2007) face ao recurso a serviços de saúde e hospitalizações (Fernández-Alonso, 2006a).

É também um problema de saúde para a pessoa idosa, existindo uma multiplicidade de consequências decorrentes da violência (Kosberg *et al*, 2003; WHO, 2011) que comprometem a sua qualidade de vida pelo aumento do sofrimento e da dor (Lachs e Pillemer, 1995; Rovi *et al*, 2009), de somatizações e perturbações psíquicas (Blay e Espíndola, 2007), sentimentos de culpa, negação dos acontecimentos (Wolf, 1998; Menezes, 1999) e morte prematura (Blay e Espíndola, 2007). Além de ser um problema legal na medida que se assume como crime na legislação portuguesa.

Ao enfermeiro cabe salvaguardar os direitos da pessoa idosa bem como a proteção e a defesa da vida humana (Código Deontológico dos Enfermeiros (CDE), 2003, art. 81ºc, art. 82º) e prestar cuidados à pessoa idosa de forma holística, salvaguardando os direitos humanos, pelo que lhe compete prevenir, identificar, intervir e encaminhar de forma eficaz as situações de violência (Lynch, 2006; Gonçalves, 2006; Ziminski e Phillips, 2011); deve ainda compreender o significado deste fenómeno e as suas significações nas pessoas envolvidas no ciclo da violência (Coler, Lopes e Moreira, 2008). Este tema, pela sua emergência e dimensão assume-se como um novo desafio para a enfermagem, requerendo portanto, cuidados especializados.

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa Idosa e na procura de cuidados de excelência, foi desenvolvido um projeto de intervenção

na área da violência à pessoa idosa, objetivado por um ensino clínico para implementação do mesmo. A implementação do projeto pretende sensibilizar e capacitar os enfermeiros no cuidado à pessoa idosa vítima de violência, através de um maior rigor na identificação e avaliação das situações. Para além disso, preconiza-se o desenvolvimento de competências enquanto enfermeiro especialista no cuidado à pessoa idosa vítima de violência familiar, nomeadamente na identificação e encaminhamento da situação, bem como na prestação de cuidados individualizados à pessoa idosa e sua família, perspetivando a promoção da vida. A escolha pela violência familiar prende-se com as estatísticas, sendo que 54.4% da violência à pessoa idosa ocorre na residência comum à vítima e agressor (APAV, 2013).

Este relatório surge então na sequência do ensino clínico, pretendendo refletir as aprendizagens realizadas e as competências desenvolvidas enquanto enfermeira especialista na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa Idosa, nomeadamente, na prestação de cuidados à pessoa idosa vítima de violência e à sua família baseada numa prática diferenciada, na evidência científica e na promoção de mudança de comportamentos na prática de cuidados da equipa de enfermagem, especificamente, na identificação de situações de violência e seu encaminhamento.

A escolha da temática assenta em três pontos fundamentais e numa multiplicidade de razões. O primeiro ponto assenta no envelhecimento demográfico da população, um acontecimento global e um dos maiores triunfos da humanidade (WHO, 2005), fruto das alterações demográficas, da diminuição das taxas de natalidade e mortalidade, dos avanços tecnológicos, científicos e medicamentosos e da melhoria na saúde pública (Penhale, 2010). Na realidade nacional, a população idosa representa cerca de 19% da população atual (2023 milhões de pessoas) e um índice de envelhecimento elevado (Instituto Nacional de Estatística (INE), 2011), semelhante aos dados internacionais (PORDATA, 2013).

O segundo ponto é de índole pessoal, que reflete a forma como a pessoa idosa é percecionada por mim, como fonte de valores, conhecimento e história viva, pelo que deve ser valorizada e protegida; daí a minha preocupação para com as pessoas idosas, principalmente as mais vulneráveis e desprotegidas; o sentimento de



angústia perante o desrespeito pela vida e pelos direitos humanos e a constatação da falta de reconhecimento perante aqueles que já os cuidaram, assumem-se também como motivos para esta área ser uma área vivenciada com emoção e vontade em intervir. A formação prévia na área forense foi também um despoletar para esta realidade, bem como o facto de perspetivar a intervenção do enfermeiro nas situações reais da pessoa de quem se cuida.

A nível profissional realço a importância atribuída à intervenção do enfermeiro na identificação e encaminhamento de situações de violência com vista a melhorar a resposta às necessidades da pessoa idosa e a necessidade da sistematização de uma abordagem de enfermagem, a nível primário com a identificação de fatores de risco e intervenção nos mesmos e a nível secundário, após identificação da violência.

Os estudos apontam que os enfermeiros carecem de formação na área (Perel-Levin, 2008; WHO, 2011) e apresentam dificuldade na interpretação de sinais de violência (Erlingsson, Carlson e Saveman, 2006). O relatório do Plano Nacional de Saúde (PNS, 2004) refere como problema a falta de capacitação do enfermeiro nesta área, e o Programa Nacional de Saúde para a Pessoa Idosa (PNSPI) define como estratégia a orientação técnica para os profissionais de saúde na deteção e encaminhamento de casos de violência em pessoas idosas (PNSPI, 2004). Logo, estes dados são relevantes e justificam a importância e pertinência da implementação deste projeto. Acresce toda a fundamentação previamente realizada e o facto dos enfermeiros do Serviço de Urgência onde foi realizado o ensino clínico sentirem necessidades nesta área de intervenção (aspeto validado no diagnóstico de situação para elaboração do projeto).

O ensino clínico decorreu entre 1 de outubro de 2012 e 15 de fevereiro de 2013 em dois locais distintos. Entre 1 e 31 de outubro de 2012 ocorreu na comunidade, numa Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP) e entre 2 de novembro de 2012 a 15 de fevereiro de 2013, num hospital da Administração Regional de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), no Serviço de Urgência (SU). O planeamento do ensino clínico foi previamente elaborado na Unidade Curricular (UC) “Opção II”.

A metodologia adotada é a metodologia de trabalho de projeto que se caracteriza pela aplicação de conhecimentos teóricos na resolução de um problema identificado

numa realidade concreta, um processo dinâmico e flexível, permitindo adaptação e reorientação ao longo da intervenção (Leite, Malpique e Santos, 2001).

A pesquisa de artigos de índole científicos foi transversal ao ensino clínico e realização do relatório face à importância de fundamentar a prática com a evidência. Neste sentido, privilegiaram-se as bases de dados internacionais como motores de busca. As revistas em suporte papel na Biblioteca da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) e as bases de teses nacionais deram também um contributo importante para a construção da revisão da literatura, fundamentação da prática e realização de protocolo de intervenção. Privilegiou-se também a pesquisa mais atual e relevante. Esta foi realizada fundamentalmente a partir do ano 2006. No entanto, surgem referências mais antigas no texto face à sua relevância na área.

A autora que norteia o projeto é Marie-Françoise Collière, na medida que a sua obra foca aspetos essenciais como a promoção da vida e o cuidar que se assume como permitir a alguém com dificuldades físicas e/ou psicoafetivas enfrentar a vida quotidiana, numa perspetiva socioantropobiológica, sendo um dos objetivos da prestação de cuidados responder às necessidades vitais da pessoa (Collière, 1999).

Este relatório assume-se então como a súmula de aprendizagens realizadas ao longo do ensino clínico para a aquisição de competências de enfermeiro especialista. Assim, define-se como objetivo geral: Dar a conhecer as aprendizagens decorrentes da implementação de um projeto de mudança da prática de enfermagem. E como objetivos específicos, pretende-se: (1) Fundamentar a temática da violência à pessoa idosa com base na evidência científica; (2) Enumerar as aprendizagens de acordo com as competências de enfermeiro especialista; (3) Refletir sobre as aprendizagens; (4) Dar a conhecer um protocolo de atuação para o Serviço de Urgência; (5) Perspetivar aspetos para a melhoria dos cuidados.

No presente trabalho opta-se por colocação de notas de rodapé como estratégia para fundamentar o conceito ou intervenção realizada sem se perder o fio condutor da narrativa, na medida que a justificação é essencial para complementar o texto; por outro lado, permite uma leitura mais simples.

O trabalho encontra-se dividido em duas partes fundamentais. Na introdução contextualiza-se o problema, justifica-se a sua relevância e justifica-se as razões de se assumir como um problema de enfermagem e motivo de intervenção. A 1ª parte –

revisão da literatura - contempla o estado da arte cuja finalidade é contextualizar e inserir o leitor na temática. Está assente em dois eixos fundamentais: violência na pessoa idosa e cuidados de enfermagem à pessoa idosa vítima de violência: identificação, avaliação e ação.

A 2ª parte contempla a aquisição de aprendizagens e o desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista; reflete as aprendizagens e as atividades realizadas no domínio das competências clínicas e de implementação de um projeto de mudança na prática, bem como as reflexões realizadas ao longo do ensino clínico. Por último, a conclusão foca as principais aprendizagens e reflexões decorrentes do caminho trilhado para a aquisição de competências de enfermeiro especialista e o resultado da intervenção na equipa.

## PARTE A - REVISÃO DA LITERATURA

A revisão da literatura<sup>2</sup> foi realizada tendo por base uma revisão sistemática da literatura e revisão narrativa da literatura através de pesquisa em bases de dados eletrônicas nacionais e internacionais, nomeadamente EBSCOhost, LILIACS, uptodate, relatório das universidades e revistas nas bibliotecas da ESEL. Esta parte do relatório pretende justificar a abordagem do tema no domínio da enfermagem face à evidência, bem como servir de ponte para a fundamentação das aprendizagens e competências do enfermeiro especialista presentes na segunda parte do relatório.

### 1. A VIOLÊNCIA À PESSOA IDOSA

O séc. XX marcou definitivamente a preocupação para com as pessoas idosas<sup>3</sup>, e na última década, essa preocupação aumentou fruto da consciencialização do envelhecimento<sup>4</sup> da população (Souza, Freitas e Queiroz, 2007). Quanto à violência à pessoa idosa, não sendo um fenómeno novo, apenas despertou interesse na comunidade científica nas últimas décadas. A importância dada a esta problemática

---

<sup>2</sup> A revisão da literatura consiste na apresentação de trabalhos publicados relacionados com o tema em estudo, tendo por base conhecer o que já foi estudado sobre um tema de modo a justificar-se a sua abordagem (Fortin, 2009). Esta revisão da literatura foi elaborada tendo em conta pesquisas parcelares, recorrendo-se a várias pesquisas face às várias dimensões que o tema implica.

<sup>3</sup> A forma mais consensual nas sociedades desenvolvidas de definir pessoa idosa é como um indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos, (WHO, 1999), um marco social associado à idade cronológica, uma idade de referência (Imagário, 2004). No entanto, o conceito de envelhecimento não se pode definir aliado a uma simples cronologia, pois a idade cronológica não tem o mesmo significado que a idade biológica, psicológica e/ou social (WHO, 2002), perdendo-se assim a individualidade de cada pessoa. A pessoa idosa assume-se como a única razão de ser dos cuidados de enfermagem e por isso, deve ser vista como "o homem vivo, situado no seu meio ecológico (o seu ambiente imediato), inserido num universo cósmico" (Collière, 1999, p.251), cujas características fundamentais se baseiam na energia física, psíquica e afetiva, na noção de espaço e tempo, na noção de cultura, meio, condições de vida e no projeto de vida.

<sup>4</sup> O processo de envelhecimento é visto como um conjunto complexo de alterações fisiológicas, psicológicas e sociais, podendo estar associado ao declínio das capacidades funcionais intrínsecas e específicas de cada indivíduo, expondo-o ao aparecimento de doenças crónicas, mentais e incapacitantes (DGS, 2004); é contínuo, transversal ao longo do ciclo vital (Sequeira, 2010), eminentemente pessoal (Petriz e Tamer, 2007). A principal característica é o decréscimo da capacidade de resposta do organismo perante as transformações que surgem no meio ambiente, traduzindo-se em desequilíbrios homeostáticos (Imagário, 2008). Desse modo, está associado a um declínio da eficiência ou do desempenho (Costa, 2002), levando a índices de dependência elevados (Sequeira, 2010), maior morbilidade e mortalidade (Fernandes, 2004), síndrome de fragilidade e consequente aumento da vulnerabilidade.

foi tardia mas árdua<sup>5</sup> e só em 1975 surgiu o primeiro relato sobre “Violência contra os avós”, publicado na Revista *Modern Geriatrics* e no *British Scientific Journal* (WHO, 2002).

Este é um fenómeno crescente e subreconhecido (Jayawardena e Liao, 2006), na medida que os casos identificados representam apenas um parcial e incompleto quadro de prevalência e incidência (Phelan, 2000; Ferreira Alves, 2006), explicado pela falta de notificação<sup>6</sup> e pela teoria do iceberg<sup>7</sup>. De acordo com esta teoria, as situações de violência reportadas a instituições são uma pequena parte comparadas com as não reportadas (Ferreira-Alves, 2006; Halphen, Varas e Sandowsky, 2009). Este facto deriva da falta de consciência, da falta de uma definição universal, da presença de barreiras na notificação (Pérez-Rojo *et al*, 2009; Halphen, Varas e Sandowsky, 2009) e na falta de identificação das situações (Thobaben, 2001). As barreiras na notificação assumem relevância, sendo vários os autores: os profissionais de saúde (Craig, 2003; Coler, Lopes e Moreira 2008), as vítimas (Quinn e Tomita, 1997; Day *et al*, 2003; Bernal e Gutiérrez, 2005; Zamboni *et al*, 2011), e o agressor (Bernal e Gutiérrez, 2005) (Anexo I).

A importância desta problemática é indiscutível, no entanto a investigação apresenta várias limitações nesta área, nomeadamente, critérios diferentes da população em estudo, estudos que abordam os fatores de risco mas não comparam grupos, métodos diferentes de investigação, inexistência de estudos prospetivos, falta de estudos que contemplem os efeitos das intervenções preventivas e falta de consenso numa definição (WHO, 2002; Dias, 2004; Ferraz *et al*, 2009). Conceitos como violência, abuso e maus tratos não são sinónimos, sendo o seu uso

---

<sup>5</sup> O processo de reconhecimento da violência contra a pessoa idosa foi árduo porque a ideia que o idoso era maltratado parecia mais chocante do que a violência contra a mulher e criança; colocava em causa as políticas sociais de proteção e apoio e desmistificava a ideia que a família é um espaço de afeto e segurança (Dias, 2004).

<sup>6</sup> A notificação da violência é uma ação de combate à mesma (Craig, 2003) na medida que funciona como um poderoso instrumento de saúde pública, determinando a necessidade de investimentos em investigação, assistência e permite dimensionar o problema (Dossi *et al*, 2007; Penhale, 2010). Quando tal não acontece, compromete de forma negativa a intervenção (Coler, Lopes e Moreira, 2008) bem como impõe obstáculos ao envelhecimento seguro e digno (Couto, Loureiro e Souza, 2007) e vai de encontro aos códigos de ética do enfermeiro em zelar pela saúde e dignidade do idoso (Penhale, 2010). No entanto há que considerar que a notificação ou divulgação da situação de violência pode ser catalisador para aumentar a violência, e consequentemente retirar a pessoa idosa junto do cuidador, resultando em institucionalização (Plitnick, 2008).

<sup>7</sup> A teoria do iceberg explica a visibilidade da violência através de três níveis: o que é visível reflete-se nas estatísticas (parte visível do iceberg), o que não é notificado mas é identificado e o que não é identificado, logo não reportado (Ferreira-Alves, 2006).

relacionado principalmente com considerações culturais (Hogstel e Curry, 1999; Tortosa, 2004), pelo que a maioria das definições e diferenciações dos vários tipos de violência seguem propósitos mais pragmáticos do que conceituais (Ferreira Alves, 2004) tendo em vista a defesa das vítimas.

Em Portugal, não há predomínio de um conceito pelo que neste trabalho, se adotou o conceito de violência<sup>8</sup>. Este é consensual pela WHO e enquadra-se, em termos legislativos, na lei da violência doméstica.

A violência é definida como o “uso intencional da força física ou do poder, em ameaça ou na prática, contra si próprio, outra pessoa ou contra um grupo ou uma comunidade em que resulte ou possa resultar sofrimento, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação”; está associado ao conceito de intencionalidade (WHO, 1996, p. 5). Este conceito pode assumir várias tipologias<sup>9</sup> (WHO, 2002), sendo a violência intrafamiliar uma importante representação da violência interpessoal (Costa, Pinto e Oliveira, 2010). Por violência doméstica entende-se “quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: a) ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) a pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) a progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) a pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite” (art. 152º do Código Penal (CP)). Importa ainda referir que a violência doméstica é um crime de natureza pública<sup>10</sup>.

O *National Center on Elder Abuse* (1998b) propõe sete tipologias de abuso<sup>11</sup> à pessoa idosa no domicílio, tendo por base uma análise e revisão das definições existentes. Considerados como conceitos consensuais foram mobilizados: (1) abuso físico: uso não accidental da força física, que pode resultar em ferimentos corporais,

---

<sup>8</sup> Importa também referir que o termo maus tratos foi excluído na medida que, de acordo com a legislação portuguesa, pressupõe uma situação de guarda, conceito mais adequado nas crianças.

<sup>9</sup> A violência pode ser classificada segundo três tipologias diferentes: interpessoal quando ocorre entre indivíduos, autodirigida quando se dirige a si próprio ou violência coletiva quando ocorre entre grupos, motivada por política ou economia (WHO, 2002).

<sup>10</sup> Os crimes de natureza pública não necessitam de queixa pelo ofendido, no entanto a denúncia é obrigatória por quem toma conhecimento do crime. O art. 242º do Código de Processo Penal (CPP) explicita que alguns funcionários públicos e semelhantes têm obrigação de denunciar e remete para o art. 348º do CP.

<sup>11</sup> O termo abuso foi mobilizado na medida que esta associação usa a terminologia *elder abuse*.

em dor física ou em incapacidade; (2) abuso sexual: contacto sexual não consentido de qualquer tipo com uma pessoa idosa; (3) abuso emocional ou psicológico: infligção de angústia, dor ou aflição, por meios verbais ou não verbais; a humilhação, a infantilização ou ameaças de qualquer tipo; (4) abuso financeiro ou exploração material: uso ilegal ou inapropriado de fundos, propriedades ou bens do idoso; (5) abandono: deserção junto de uma pessoa idosa por parte de um indivíduo que tinha a sua custódia física ou que tinha assumido a responsabilidade de lhe fornecer cuidados; (6) negligência: recusa ou ineficácia em satisfazer qualquer parte das obrigações ou deveres para com um idoso; (7) autonegligência: comportamentos de uma pessoa idosa que ameaçam a sua própria saúde ou segurança; esta definição exclui situações em que a pessoa idosa mentalmente capaz toma decisões conscientes e voluntárias de se envolver em atos que ameaçam a sua saúde ou segurança (idem, 1998). Esta tipologia é usual em pessoas que vivem sós e pode resultar de doença mental ou demência (Lynch, 2006).

Outras formas de violência mais gerais podem ser elencadas, nomeadamente, violência estrutural<sup>12</sup> e social e o idadismo (WHO, 2002).

A evidência refere que a pessoa idosa sofre simultaneamente várias tipologias de violência (Wolf, 1998; Menezes, 1999; Chavez, 2002; Bernal e Gutiérrez, 2005). As tipologias mais frequentes são o abuso psicológico (NCEA, 1998a; Blay e Espíndola, 2007; Soares *et al*, 2010; Acierno *et al*, 2010; Borralho, 2010; APAV, 2012b; Naughton *et al*, 2012;), o financeiro (NCEA, 1998; Soares *et al*, 2010; Naughton *et al*, 2012) e a negligência (NCEA, 1998). Em Portugal, no ano de 2011, a tipologia de violência assemelha-se à da última década (APAV, 2012a), predominando a violência física (35.6%) e a psicológica (17,5%) (APAV, 2012b).

Ainda de acordo com os dados disponíveis pela investigação, é possível traçar o perfil da vítima e do agressor. Relativamente ao perfil da vítima são mulheres idosas com demência ou dependentes e os idosos com comportamentos difíceis (Lancaster e Stanhope, 1999; Day *et al*, 2003); idosos mais vulneráveis com dependência física ou mental, sobretudo quando apresentam défices cognitivos, alterações de memória, confusão mental, incontinência e dificuldades de mobilidade (Wolf, 1998; Dias,

---

<sup>12</sup> Violência estrutural – “violência gerada por estruturas organizadas e institucionalizadas, naturalizada e oculta em estruturas sociais, que se expressa na injustiça e na exploração e que conduz à pressão dos indivíduos” (Minayo, 1994, p.8). Os idosos tendem a não a identificar como tal, mas como incompetência governamental.

2004). Segundo os dados da APAV (2013), em Portugal, a vítima é do género feminino (80.6%) e predomina o intervalo de idades entre 65-70 anos (32.9%) e os 75-80 anos (27.1%), não sabem ler/escrever (82%) ou possuem o 1º ciclo de escolaridade ou o ensino superior (3.5%), reformada (78%) e com uma família nuclear com filhos (34.4%).

Quanto ao perfil do agressor<sup>13</sup>, maioritariamente são os filhos ou o cônjuge (NCEA, 1998a; Reay e Browne, 2001; Williamson e Schaffer, 2001; Chavez, 2002; Naughton *et al*, 2012) com as seguintes características: agressor e vítima coabitam, filhos dependentes financeiramente do idoso, idosos dependem dos seus filhos para sobreviverem, abuso de álcool e drogas pelos filhos, vínculos fracos entre eles, pouca afetividade, isolamento social, idoso agressivo no passado, história de violência na família, cuidadores vítimas de violência doméstica, depressão ou alterações mentais (Anetzberger, Korbin e Austin, 1994; Wolf, 1998; Lachs *et al*, 1998; Menezes, 1999; Ortmann *et al*, 2001; Reay e Browne, 2001; Sanmartin *et al*, 2001; Williamson e Schaffer, 2001; Chavez, 2002; Naughton *et al*, 2012). Em Portugal, no ano de 2012, o perfil do agressor é idêntico, caracteriza-se como do género masculino (67%), com idade superior a 65 anos (17.6%), é filho(a) em 39% e cônjuge, em 26.9% dos casos e em 17.9% das situações, adito em álcool (APAV, 2013).

Definidos os conceitos gerais, o próximo capítulo foca a problemática da violência no âmbito dos cuidados de enfermagem, nomeadamente, a intervenção do enfermeiro perante a pessoa idosa vulnerável ou vítima de violência.

---

<sup>13</sup> Segundo Ramsey-Klawnsnik (2000), existem cinco tipos de agressores: agressor stressado, agressor limitado ou com problemas, agressor narcisista, agressor dominador e agressor sádico. Esta tipologia está relacionada com fatores situacionais e de personalidade, orientando para a probabilidade de ser episódica ou contínua. No abusador stressado é relevante avaliar a carga de trabalho que este tem à sua responsabilidade, pois quando é excedida pode-se transformar em agressões episódicas. O agressor limitado tende a violentar através da negligência; nos agressores narcisistas predomina a violência financeira e negligência. Os agressores dominadores e sádicos tendem a perpetuar a violência (Ferreira-Alves, 2006).



## 2.CUIDADOS DE ENFERMAGEM À PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA E SUA FAMÍLIA

A violência à pessoa idosa é um fenómeno real para o qual, os enfermeiros têm de estar capacitados a responder. Os cuidados de enfermagem têm como única finalidade permitir que a pessoa desenvolva a sua capacidade de viver ou tente compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social (Collière, 1999). Segundo a mesma autora (2003, p. 226), se estas necessidades não forem satisfeitas não é possível existir saúde, pois esta “representa o conjunto das possibilidades que permitem à vida manter-se e desenvolver-se”, sendo que a vida e a saúde, são um processo dinâmico que apela a uma criatividade sempre renovada, ou seja, a descoberta e mobilização permanente da rede de capacidades e potencialidades de cada pessoa.

A pessoa é o centro do cuidar e por isso é importante o apoio nas suas forças e capacidades, libertar outras possibilidades ou permitir às capacidades existentes desenvolverem-se ou simplesmente serem utilizadas; permite à pessoa utilizar o poder que lhes resta ou mobilizar aquilo que é capaz, restituir ou aumentar a sua autonomia (Collière, 1999). Ainda na mesma linha da autora, cuidar é interrogar sobre o que permite viver, mobilizar energias para diminuir riscos sociais, evitando ou atenuando graves problemas humanos, focando a responsabilidade social. É a “partir das preocupações das pessoas, das suas inquietações, das suas preocupações, da expressão dos seus desejos, das suas expectativas”, (Collière, 2003, p.134) que o enfermeiro entende o que é prioritário na sua intervenção.

A intervenção mais eficaz na prevenção e avaliação da violência ocorre em equipa multidisciplinar<sup>14</sup> (Lachs e Fulmer, 1993; WHO, 2002; Fulmer *et al*, 2004; Miller, 2005; Anetzberger *et al*, 2005; Bernal e Gutiérrez, 2005; Jayawardena e Liao, 2006; Gonçalves, 2006; Daly, 2011; Borralho, 2010) e interdisciplinar (Muehlbauer e Crane, 2006; Bomba, 2006; Kissal e Beser, 2011), sendo os profissionais de saúde

---

<sup>14</sup> As equipas multidisciplinares promovem a deteção e intervenção na violência à pessoa idosa; oferecem uma perspetiva mais holística para as situações de violência combinando orientações das várias disciplinas garantindo que todos os aspetos são avaliados; nenhuma disciplina tem a responsabilidade única de intervenção, é uma responsabilidade compartilhada (Anetzberger *et al*, 2005).

os que frequentemente assumem maior responsabilidade na avaliação (Miller, 2005). Estes possuem obrigação moral e legal de identificar as vítimas de violência e intervir (Dyer e Halphen, 2012). Segundo Miller (2005), a melhor oportunidade é quando a pessoa idosa dependente está hospitalizada.

A posição do enfermeiro é considerada privilegiada (Muehlbauer e Crane, 2006; Cooper *et al*, 2009; Symes, 2011) pelo tipo de relação estabelecida com os clientes baseada em proximidade e na promoção de projetos de saúde individualizados (Borralho, 2010); pela sua atuação na educação e promoção de cuidados de empoderamento (Miller, 2005; Wieland, 2000), proporcionando suporte, orientação, notificação e encaminhamento adequados (Anetzberger, 2000; Muehlbauer e Crane, 2006; Kissal e Beser, 2011; Mahoney, 2011; Zamboni *et al*, 2011) nos vários níveis de prevenção<sup>15</sup> (Wieland, 2000; Phelan, 2010); e também realizando investigação na área (Muehlbauer e Crane, 2006).

Relativamente aos níveis de prevenção, Bernal e Gutiérrez (2005) defendem que existem quatro níveis de intervenção na violência à pessoa idosa (Anexo II). Estes divergem face aos objetivos, contextos e estratégias de atuação. Neste trabalho serão focados os níveis de prevenção primária e secundária, correspondendo respetivamente, à prevenção da ocorrência de violência prevenindo ou diminuindo os fatores de risco e à identificação das situações.

O enfermeiro é ainda visto como o elemento que pode aconselhar a pessoa idosa a aceitar ajuda ou convencer os profissionais de saúde e a assistente social que a situação atual é tolerável (Miller, 2005), e normalmente é o único profissional com quem a pessoa idosa tem contacto, em contexto domiciliário (Miller, 2005; Jayawardena e Liao, 2006); assume também uma posição chave para educar outros profissionais de saúde (Wieland, 2000).

Em termos gerais, a atuação deve ser delineada tendo por base os princípios da justiça, autonomia, não maleficência e beneficência (Bernal e Gutiérrez, 2005). No entanto, a abordagem deve ser sistematizada, em ambientes de cuidados de saúde, pela sua complexidade (Garre-Olmo *et al*, 2009) e Muehlbauer e Crane (2006) defendem a existência de protocolos com história da violência descrita, *checklists*,

---

<sup>15</sup> Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) (Decreto-Lei (DL) n.º. 161/96, art. 8º) “o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem como objetivos fundamentais a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social”.

identificação de fatores de risco, formas estandardizadas e rápidas de rastreio, *guidelines* de atuação e documentação própria para registos de modo a facilitar os cuidados.

Existem ações transversais a toda a abordagem, nomeadamente o atendimento à pessoa idosa e cuidador (Anexo III) e os registos de enfermagem. Os registos de enfermagem têm como função a documentação, um elemento essencial na gestão dos casos, numa situação de suspeita ou confirmação de violência. Desta documentação deve constar a data, hora e cronologia, história familiar, fonte de notificação, as preocupações do profissional que justifiquem a ação, bem como o planeamento, a enfermeira de referência, os resultados da intervenção, a colaboração de outros profissionais (Fernandéz-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b; Phelan, 2010) e o relato escrito da situação (Wieland, 2000; Simpson, 2009), história médica e social, detalhes das lesões, exames de diagnóstico e análises pertinentes (Wieland, 2000). Existem elementos importantes de apoio ao que está escrito, como as fotografias das lesões que requerem consentimento informado e esclarecido por parte da pessoa idosa (Wieland, 2000; Plitnick, 2008) e os diagramas corporais (Muehlbauer e Crane, 2006).

A documentação deve realçar o respeito pelo cliente e pelos seus pontos de vista, ou seja, os enfermeiros têm de registar o que na opinião do cliente é importante. Quando em consonância com os princípios éticos, o conteúdo revela a esperança e as necessidades do cliente, não se baseando unicamente no problema identificado, mas na avaliação individualizada de uma situação (Eriksson, 1996 citado (cit.) por Karkkainen, Bondas e Eriksson, 2005).

Quanto à abordagem nas situações de violência, Gonçalves (2006) salienta três momentos-chave<sup>16</sup>: a identificação de sinais de alerta e fatores de risco, a avaliação idealmente em equipa multidisciplinar e a ação baseada na resposta e organização dos cuidados de saúde prestados. Pela exequibilidade desta abordagem na área da enfermagem, este capítulo será organizado por estes três momentos chaves.

---

<sup>16</sup> A abordagem à pessoa idosa vítima de violência pode ser diversificada face ao número e nome das fases, mas o conteúdo da avaliação é semelhante. Sandmoe e Kikevold (2010) salientam a importância de três fases: reconhecimento da situação, colheita de informação e julgamento e conclusão. Por sua vez, Ferreira Alves (2006) propõe uma abordagem baseada numa perspetiva forense que engloba quatro momentos chave: atendimento, exploração, avaliação e finalização.

## 2.1. Identificação de fatores de risco e sinais de alerta de violência

Nesta primeira fase, segundo Gonçalves (2006), preconiza-se a identificação de sinais de alerta e fatores de risco. Existem alguns recursos que o enfermeiro pode adotar, nomeadamente, a entrevista (Anexo IV), a observação corporal para despiste de lesões através do exame físico (Bernal e Gutiérrez, 2005) e observação de atitudes e do estado emocional (Bernal e Gutiérrez, 2005; Fernandez-Alonso, 2006), tais como medo, inquietude, inibição (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006a). É importante a realização da história clínica, cirúrgica e terapêutica (Bomba, 2006) e determinação do grau de fragilidade através de presença de doença crónica e da não adesão ao regime medicamentoso (Miller, 2005). No entanto, existe uma multiplicidade de barreiras que se colocam ao enfermeiro na identificação das situações (Anexo V).

Os **fatores de risco**, embora não sejam fatores causais, não condicionam a existência de surgir o problema, mas aumentam a sua probabilidade (Ferreira Alves, 2006; Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006a) e devem ser avaliados para cada tipologia de violência (Garre-Olmo *et al*, 2009). É necessário estabelecer a natureza dos fatores de risco e explorar a possível relação entre eles, mesmo antes de a violência ter ocorrido pela necessidade de reduzi-los, atuando na prevenção. O reconhecimento dos fatores de risco é a base da prevenção e da intervenção (WHO, 2011). Ainda que na ausência de sinais evidentes de violência, o conhecimento dos fatores de risco é crucial para orientar a exploração aprofundada e sensível dos mesmos (Ferreira-Alves, 2006).

O *Ecological Model*<sup>17</sup> explica a violência de uma forma multifatorial, ou seja, resultante de uma interação complexa de fatores individuais, relacionais, comunitários, sociais e ambientais (WHO, 2011). Este modelo é útil e valioso pois tenta enquadrar e relacionar os aspetos pessoais dos intervenientes e os fatores

---

<sup>17</sup> O *Ecological Model* contempla 4 níveis. A nível individual destaca-se a história pessoal e biológica, fatores que aumentam a probabilidade de se tornar vítima ou agressor; a nível relacional destacam-se os fatores que aumentam o risco de violência por causa das relações com os colegas, parceiros íntimos e membros da família. Na comunidade explora-se as configurações como a escola, local de trabalho, bairro, local onde as relações sociais ocorrem e procura-se identificar as características dos cenários que estão associados a tornar-se vítima ou agressor; a nível social examina-se os grandes fatores sociais que criam um clima de violência, incluindo as normas sociais e culturais (WHO, 2011).

ambientais que os rodeiam e influenciam como predisponentes da violência (Carp, 1999; Perel-Levin, 2008; WHO, 2011); tem o intuito de fornecer respostas mais concretas face à ineficácia dos outros modelos (Perel-Levin, 2008), sendo possível entender o tipo de programas a desenvolver face aos fatores de risco dos diferentes níveis (WHO, 2002; Furlow, 2010). Deste modo, os fatores de risco enumerados seguidamente baseiam-se nesta abordagem.

**Quadro n.º 1 – Fatores de risco segundo o Modelo Ecológico**

Nível	Fatores de risco	Evidência
Individual Vítima	Género: mulher Idade: mais de 74 anos Níveis de dependência física ou psicológica elevados Demência Depressão Agressão e mudança de comportamento	Potencial Contestável Contestável  Forte Potencial Potencial
Individual Agressor	Género: homens em caso de abuso físico e mulheres na negligência Idade: jovens no abuso financeiro Depressão/problemas mentais Abuso de substâncias: álcool e drogas Hostilidade e agressão Problemas financeiros Sobrecarga/stress do cuidador	Potencial  Potencial Forte Forte Forte Forte Contestável
Relações familiares	Dependência financeira do agressor pela vítima Dependência emocional do agressor pela vítima Transmissão de violência intergeracional Dificuldade de relacionamento de longa duração Frac relação entre eles	Forte Forte Contestável Potencial Forte
Comunidade	Isolamento social Suporte social deficitário	Forte Potencial
Sociedade	Discriminação pela idade Outras formas de discriminação: racismo e sexismo Fatores económicos e sociais Cultura violenta	Potencial Potencial  Potencial Potencial

(Fonte: WHO, 2011, p. 39)

Outro aspecto a salientar na identificação refere-se à exploração de sinais de alerta possíveis de violência. Estes são uma base importante de conhecimento na detecção de violência em conjugação com os fatores de risco.

Existem **sinais gerais** a ter em atenção durante a prestação de cuidados focados na pessoa idosa e cuidador (quadro n.º2) e **sinais específicos para cada tipologia de violência** (Miller, 2005) (Anexo VI).

**Quadro n.º 2 – Sinais gerais de alerta para identificação de situações de violência**

<b>Gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Idoso com défices cognitivos falta a uma consulta sob a responsabilidade de um cuidador</li> <li>• Atraso no pedido de assistência</li> <li>• Admissões frequentes no Serviço de Urgência sem motivo aparente</li> <li>• Cuidador não visita o idoso no hospital</li> <li>• Relutância em responder a perguntas sobre sinais físicos ou doenças suspeitas</li> <li>• Explicações vagas ou não plausíveis do cuidador acerca de alguma situação</li> <li>• Resultados analíticos ou imagiológicos incompatíveis com a história ou exame físico</li> <li>• Mudança constante de médico assistente</li> <li>• Contradição no relato do sucedido entre cliente e cuidador</li> <li>• Tensão ou indiferença entre cuidador e idoso</li> <li>• Pessoa idosa não está autorizada a falar em privado</li> <li>• Pessoa idosa com compromisso cognitivo ou funcional sem acompanhamento de cuidador</li> <li>• Domicílio: ambiente onde a pessoa idosa se encontra diferente da restante família; isolamento físico ou psíquico; materiais de contenção física</li> </ul>
<b>Cuidador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poucos conhecimentos sobre problemas médicos do idoso e da terapêutica</li> <li>• Tentativa de dominar a entrevista</li> <li>• Abuso verbal ou hostilidade para o idoso</li> <li>• Hostilidade para com o profissional</li> <li>• Evidência de abuso de substâncias ou problemas de saúde mental</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo do cuidador</li> </ul>

<b>Vítima</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excessivamente temeroso ao toque</li> <li>• Falta de vontade para comunicar</li> <li>• Relutância em estabelecer contacto visual</li> <li>• Atitude de desespero</li> <li>• Diagnóstico de demência com história de desordens de comportamento</li> </ul>
---------------	--

(Fonte: Hirsch, 2001; Bernal e Gutiérrez, 2005; Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b; Bomba, 2006; Plitnick, 2008; Dyer e Halphen, 2012)

Para além do que já foi referido, na fase da identificação, a aplicação de **instrumentos de avaliação** é crucial para a prática (Paixão Jr. e Reichenheim, 2006), no entanto o seu uso é raro (WHO, 2011).

Nas últimas décadas, foram desenvolvidos muitos instrumentos de rastreio de situações de violência, no entanto o seu valor e limitações são patentes face à sua utilização na clínica e em ambientes de saúde (Fulmer *et al*, 2004).

Os instrumentos de rastreio foram desenvolvidos para idosos cognitivamente capazes e que respondam diretamente sobre experiências de violência e negligência e fatores de risco (Yaffe *et al*, 2008). Não há um único instrumento adequado para identificar clientes em risco (Fulmer *et al*, 2004) e são inapropriados para avaliar pessoas com demência (Wiglesworth *et al*, 2010).

A evidência revela que o uso de um instrumento único é insuficiente (Cohen *et al*, 2007; Phelan, 2010), sendo ideal o uso de três instrumentos de avaliação<sup>18</sup>: perguntas diretas à pessoa idosa, evidência de sinais de violência e identificação de fatores de risco. Esta complementaridade é crucial para identificar de forma ótima a violência, embora se torne impossível de implementar em ambientes de cuidados de saúde (Cohen *et al*, 2007).

O esforço de novos instrumentos recai sobre instrumentos rápidos, breves e mais detalhados para avaliação diagnóstica (Fulmer *et al*, 2004). Neste sentido, e de acordo com os mesmos autores, o Elder Assessment Instrument (EAI) (Anexo VII)<sup>19</sup>

<sup>18</sup> O estudo de Cohen *et al* (2007) comparou três instrumentos na avaliação de violência, em contexto hospitalar. Aponta uma disparidade na taxa de deteção consoante o método de avaliação. 5.9% respondeu de forma afirmativa a pergunta direta; 24.1% das situações foi identificada pela presença de sinais evidentes; 32.6% identificados como alto risco de violência. A comparação de resultados mostrou a complexidade da avaliação e identificação.

<sup>19</sup> Este instrumento é uma escala tipo Likert com área de comentários e resumo de secção que indica a probabilidade e presença de cada tipologia de violência (Fulmer *et al*, 2004).

surge como uma opção na medida que é apropriado a ambientes clínicos como serviços de urgência<sup>20</sup> e emergência, com sucesso na sua utilização. É também um dos mais recomendados pela fácil aplicação e brevidade. No entanto, tem como limitação a avaliação apenas da pessoa idosa, assumindo-se como vantajoso a avaliação da díade cuidador-pessoa idosa (idem, 2004).

## 2.2. Avaliação da situação

A avaliação resulta na elaboração de uma teoria explicativa ou interpretativa da violência. É considerada “um ato de reflexão, de articulação de dados e de construção de teoria (...) construção de significado a partir da observação realizada e da experiência tida ao longo de todo o processo de avaliação” (Ferreira-Alves, 2006, p.36) com base nos indícios recolhidos anteriormente. É importante não só detetar a violência como compreendê-la à luz daquela dinâmica particular e com base em modelos teóricos<sup>21</sup> de modo que possa ser explicada e faça sentido (Ferreira-Alves, 2006).

A avaliação prende-se obrigatoriamente com os seguintes aspetos fundamentais: avaliação da capacidade para a tomada de decisões<sup>22</sup>, aceitação da intervenção e avaliação da segurança (Miller, 2005; Bomba, 2006; Lynch, 2006).

---

<sup>20</sup> Os profissionais de saúde de emergência podem ter maior necessidade em instrumentos de rastreio. Neste contexto, é importante definir considerações específicas pela equipa de saúde, nomeadamente, uso de instrumentos breves de triagem (Fulmer *et al*, 2004).

<sup>21</sup> Wolf e Pillemer (1989) identificaram cinco perspetivas teóricas que permitem prever a ocorrência de violência. A perspetiva das dinâmicas intra-individuais incide nas características psicopatológicas do agressor e nos problemas de adição como causa primária da violência. A perspetiva da transmissão intergeracional do comportamento violento reside na teoria da aprendizagem social, ou seja, o ciclo da violência perpetua pela observação e aprendizagem dos mais novos. Relativamente à perspetiva das relações de troca e dependência entre idoso e agressor, assume-se a dependência do idoso face a cuidados elementares e em contrapartida, do agressor em questões económicas, o que gera tensão e expõe o idoso a risco acrescido de violência. A perspetiva do stress externo é uma alternativa às já referidas e consiste na acumulação de stress fora da família como elemento desencadeador de violência. Por fim, a perspetiva do isolamento social, considerando-se que, em famílias isoladas, aumenta a probabilidade de comportamentos abusivos (Dias, 2004). Salienta-se várias teorias e modelos teóricos justificativos da violência doméstica, que por razões de espaço não serão mencionados. No entanto, apenas o *Ecological Model* é multifatorial.

<sup>22</sup> Para Anetzberger, Dayton e McMonagle (1997), a avaliação da capacidade de tomada de decisão do idoso deveria ser o primeiro elemento a ter em conta, porque a violência levanta a questão da autonomia cognitiva.



Nas situações em que a pessoa idosa tem a sua capacidade cognitiva comprometida, não sendo capaz de tomar decisões sobre si própria e a coloca em grande risco ou não reconhece o risco, a pessoa idosa tende a ser considerada incapacitada ou incompetente (Miller, 2005). Quando a pessoa é completamente capaz de tomar decisões e possui autonomia, o profissional pressupõe que é capaz de dar consentimento informado e esclarecido para um determinado assunto e por isso, a recusa de serviços é mais facilmente aceite (Beaulieu e Leclerc, 2006).

Relativamente à segurança, assume-se importante a avaliação do risco a que a pessoa idosa está sujeita, bem como as consequências da suposta aceitação de ajuda ou do reconhecimento que a violência é um problema. Esta deve ser entendida como uma rotina (Lynch, 2006), perceber se há padrões mínimos de segurança e perspetivar medidas de manter um ambiente seguro na realização das atividades de vida diárias (AVD's) e em situações de emergência como um incêndio (Bomba, 2006; Miller, 2005).

A avaliação da ameaça<sup>23</sup> de vida é necessária se o cuidador representa uma ameaça para a vida do idoso dependente. Se há perigo imediato, há uma necessidade de ação imediata e encaminhamento para intervenção adequada (Bomba, 2006). Para além destes aspetos, devem ser considerados a avaliação física, social e mental (Lynch, 2006), atitudes e estado emocional (Bernal e Gutiérrez, 2005; Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b); sintomas psiquiátricos como alterações de estado de ânimo, depressão, ansiedade e confusão (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b; Bomba, 2006); risco de suicídio (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b; Lynch, 2006), acesso a medicação e vigilância das tomas (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b); o padrão de violência: frequência, intensidade, quem é suspeito, intencionalidade, recursos, níveis de stress (Bernal e Gutiérrez, 2005); avaliação da família<sup>24</sup> e sua composição (Muehlbauer e Crane, 2006), se há elementos próximos que funcionem

---

<sup>23</sup> Considera-se ameaça se a pessoa idosa não tem capacidade para se defender e se houver história ou evidência de violência física (Bomba, 2006)

<sup>24</sup> O conceito de família ao longo dos tempos tem sofrido alterações, no entanto privilegia-se uma definição ampla e adequada à realidade contemporânea, pelo que é adotada a seguinte definição, "grupo de seres humanos vistos como uma unidade social ou um todo coletivo, comportada por membros ligados através da consanguinidade, afinidade emocional ou parentesco legal, incluindo pessoas que são importantes para o cliente (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2005, p.171).

como aliados ou protetores (Sandmoe e Kikevold, 2010); avaliar a compreensão do cuidador e os recursos de suporte não utilizados como os amigos, família e outros cuidadores como potenciais fontes de ajuda (Miller, 2005) e identificar problemas antigos entre eles (Bomba, 2006); avaliação das condições de vida imediatas, nomeadamente as condições sazonais, vagas de frio e golpes de calor (Miller, 2005).

Nesta fase contempla-se também a avaliação do cuidador<sup>25</sup>, sendo importante determinar a perceção do cuidador sobre o problema e o grau de sobrecarga que o cuidador experiencia, o seu grau de responsabilidade, o sistema de suporte e as responsabilidades e obrigações fora da função de cuidador (Lynch, 2006).

É imprescindível que, após a identificação e avaliação da situação se forneçam alternativas às pessoas idosas para a resolução dos seus problemas e necessidades (Perel-Levin, 2008).

### **2.3. Ação**

Neste último momento e após a avaliação da situação de forma individualizada (Zamboni *et al*, 2011), a ação tem de responder às necessidades da vítima e deve ser disponibilizado apoio social, económico, psicológico e jurídico. O lema é a construção de uma cultura de dignidade e de respeito para com a pessoa idosa (Ferreira-Alves, 2006).

Após identificar o risco imediato para o idoso, as causas, conhecer a vontade do idoso e a possibilidade de intervenção, o enfermeiro deve tomar decisões baseadas na prudência, conhecimento do contexto e respeito pela vontade do cliente (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b).

A linha major de intervenção baseia-se na segurança da pessoa idosa e em quebrar o ciclo de violência (Lynch, 2006).

---

<sup>25</sup> Algumas questões que devem ser colocadas diretamente ao cuidador: “ O que pensa deste problema?; O que pensa ser importante para o conhecer?; Quais os tipos de cuidados que uma pessoa idosa requer?; Quais os cuidados que são da sua responsabilidade?; Quais as dificuldades que sente nos cuidados?; O que pode a pessoa idosa fazer por si próprio?; Tem algum suporte?; Quais as suas obrigações fora de casa?; É capaz de coordenar as suas responsabilidades?” (Lynch, 2006).

Perante risco de vida para a pessoa idosa é necessário uma intervenção legal. Se o risco for vital é obrigatório o recurso a cuidados médicos; se o risco for social, o recurso a instituições legais e jurídicas (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b). Se, pelo contrário, a pessoa idosa está em segurança, deve-se desenvolver a confiança e a relação com o cliente e o cuidador (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b).

Nas situações de comprometimento cognitivo, o enfermeiro tem obrigação de fazer um relatório ou considerar intervenções legais (Miller, 2005) como declarações de inaptidão ou estabelecimento de supervisão de proteção (Bernal e Gutiérrez, 2005; Beaulieu e Leclerc, 2006), dando conhecimento aos serviços sociais ou jurídicos para proteção (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b).

Quando a pessoa idosa aceita intervenção, as ações passam por implementar um plano de segurança, fornecer informação de emergência e contactos, educar o cliente de que a violência é crime e informar sobre as suas consequências, desenvolver metas para o cuidado, reduzir as causas de violência, encaminhar o cliente e a família para serviços apropriados e organizar acompanhamento; estabelecer um plano de atuação integral e coordenado com os serviços sociais (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b; Bomba, 2006). Se há recusa na intervenção<sup>26</sup> e a pessoa idosa tem capacidade de decisão, a intervenção é idêntica, complementada com persuasão de forma gentil para aceitar a intervenção e planear visitas regulares para aumentar a confiança do cliente e cuidador (Sandmoe e Kikevold, 2010; Bomba, 2006).

O plano de intervenção é desenvolvido em conjunto com a vítima, resulta do processo de avaliação e do planeamento da segurança, atendendo às suas necessidades<sup>27</sup> (Penhale, 2010). De acordo com a mesma autora, existem diversos tipos de intervenção: prática – apoio domiciliário para diminuir sobrecarga; legal – uso de sistemas legais; terapêutico – terapia de casal para melhorar as relações; focado na proteção e segurança – diminuir as consequências da violência; focado na

---

<sup>26</sup> O cliente tem direito a aceitar ou recusar intervenção, estar seguro, direito civil e constitucional, direito a tomar decisões que não estão de acordo com as normas sociais se não há danos para outros (Bomba, 2006).

<sup>27</sup> A orientação básica passa em primeiro lugar por não causar dano e focar-se no interesse da pessoa idosa, evitar impor valores pessoais, respeitar a diversidade, envolver o idoso no plano de cuidados, estabelecer metas a curto e longo prazo, permitir que o idoso faça escolhas, apoio da família e apoio informal, recomendar serviços comunitários antes da institucionalização e na ausência de desejos conhecidos, agir no melhor interesse (Bomba, 2006).

autonomia e capacitação para que a vítima sobreviva e altere a situação de vida; orientada para a vítima ou para o agressor com estratégias específicas. A escolha da intervenção depende da situação e do tipo de violência (Penhale, 2010).

É de considerar a implementação de medidas para diminuir o risco de isolamento social por parte da pessoa idosa, tais como, serviços no domicílio, centros de dia, tutela pelos serviços sociais e por último, possibilidade de institucionalização se a família não tem condições para cuidar (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006b).

Em suma, a prática depende de numerosos fatores objetivos e subjetivos, sendo o mais importante a perda de autonomia do idoso, a perigosidade da situação e colaboração entre o idoso e agressor (Beaulieu e Leclerc, 2006).

Em ambientes de cuidados agudos ou de longo prazo, a intervenção com o cuidador e participação no planeamento da alta hospitalar é essencial bem como o ensino se o problema reside na falta de conhecimentos adequados ao cuidado, educando sobre necessidades básicas de cuidados e referenciando para cuidados domiciliários para acompanhamento. Se houver dúvidas quanto ao plano, sobressai a proteção da pessoa idosa e encaminhamento para o serviço social. Uma outra intervenção pode passar por encorajar o cuidador a institucionalizar o idoso durante um período para reavaliar as suas capacidades para cuidar em ambiente familiar, bem como a necessidade de aceitar apoio adicional (Miller, 2005).

Em ambiente comunitários sobressaem as seguintes intervenções: facilitar encaminhamento para serviços da comunidade como centros de dia, cuidados de limpeza; encaminhamento para serviços de diminuam a sobrecarga do cuidador e melhorar a autoestima e independência do idoso; sugerir equipamentos médicos e dispositivos de assistência, descanso do cuidador, aconselhamento em grupos de apoio (Miller, 2005).

## **PARTE B – AQUISIÇÃO DE APRENDIZAGENS E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRO ESPECIALISTA**

A formação contínua<sup>28</sup> contribui para o desenvolvimento do enfermeiro através de conhecimentos, aptidões e qualidades humanas (Hesbeen, 2000) e é crucial para o desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e ciência, baseada no estado da arte com vista a cuidados de enfermagem de excelência perante situações de cuidados complexos<sup>29</sup>.

De acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro (2003, art. 88º c) cabe ao enfermeiro procurar “em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas” (OE, 2003, p.102). Esta é uma premissa para todos os enfermeiros e em particular, para os enfermeiros especialistas que se tendem a assumir peritos<sup>30</sup> numa área face à sua formação e experiência.

Entende-se por enfermeiro especialista, “o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências clínicas especializadas relativas a um campo de intervenção especializado”. Deste modo, há um conjunto de competências comuns que deve adquirir, nomeadamente, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e

---

<sup>28</sup> A formação contínua é ainda a “oportunidade de prosseguir e aprofundar o despertar para a maravilha do outro e para as coisas da vida (...) e da utilidade dos cuidados de enfermagem” (Hesbeen, 2000, p. 138). De acordo com o mesmo autor pressupõe um tempo de reflexão para análise da sua prática, um despertar para “as coisas da vida”, discutir com outros profissionais as práticas e atualizar os seus conhecimentos científicos e técnicos.

<sup>29</sup> Os cuidados complexos são transversais a todos os serviços, diferenciam-se do que se considera complicado e definem-se pela preocupação de prestar uma atenção individualizada à pessoa desde a primeira interação (Hesbeen, 2000).

<sup>30</sup> Benner (2001) define como perito, o enfermeiro que faz diferença na prestação de cuidados pelo saber adquirido através da experiência, nomeadamente no reconhecimento de mudanças fisiológicas subtis, identificando problemas excluindo considerações inúteis pela interpretação das situações clínicas essencialmente em situações complexas de cuidados (Dreyfus, 1979 e 1981 cit. por Benner, 2001). A sua ação baseia-se na compreensão profunda da situação de uma maneira global.

legal, da melhoria contínua da qualidade, da gestão dos cuidados e das aprendizagens profissionais (OE, 2010, p.2).

Nesta parte do relatório pretende-se demonstrar as aprendizagens efetuadas ao longo do ensino clínico<sup>31</sup> que promoveram a aquisição das diversas competências de enfermeiro especialista.

### **3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS**

Neste contexto específico, assume-se como premente a aquisição de várias competências<sup>32</sup>, competências clínicas na área da pessoa idosa e família e na pessoa idosa vítima de violência, e competências na área de implementação de um projeto de mudança da prática. Transversal a este processo, há a mobilização de ferramentas de investigação que fundamentam a prática e dão contributos para a implementação do projeto.

O saber prático é fundamental na aquisição de competências pois está sempre associado a um determinado contexto, permitindo a resolução de problemas da prática quotidiana (Couceiro, 1996), e só assim se mobilizam conhecimentos teóricos na perspetiva do cliente. Ainda de acordo com o mesmo autor, a prática assume-se como produtora de diferentes saberes, saberes que só se revelam

---

<sup>31</sup> O ensino clínico “é a ocasião do estudante descobrir a realidade das situações de vida”, permitindo descobrir o significado de prestar uma atenção individualizada ao outro (Hesbeen, 2001, p. 136). É considerado por Abreu (2003, p.22) um “espaço de desenvolvimento de competências técnicas e não técnicas, num contexto de tensões entre a racionalidade técnica e a racionalidade prática”.

<sup>32</sup> Entende-se por competência a interligação entre o conhecimento e a ação, ou seja, “o conjunto de recursos que mobilizamos para agir” (Perrenoud, 1996 cit. por Nunes, 2011, p.74), cujo objetivo se situa no aperfeiçoamento profissional (Nunes, 2011). De acordo com a ESEL (2012), o enfermeiro especialista deve atingir as seguintes competências: (1) agir como perito na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa adulta e idosa com doença crónica e seus significantes, numa perspetiva holística, ao longo do ciclo de vida, nos diferentes níveis de prevenção e em diversos contextos; (2) agir como dinamizador da capacitação da pessoa adulta e idosa na gestão da sua doença crónica inserida no seio da família e comunidade; (3) intervir como perito na criação de condições que garantam a prestação de cuidados de qualidade; na dinamização de uma cultura de melhoria contínua da qualidade dos cuidados e da formação dos profissionais; nas equipas, profissional, multiprofissional, multidisciplinar e multissetorial, em contexto hospitalar, extra-hospitalar e em projetos comunitários no sector público ou privado; na definição e operacionalização das políticas de saúde na pessoa adulta e idosa com doença crónica, ao nível local, regional, nacional e europeu; (4) assumir um papel dinamizador na construção e divulgação do saber ao nível da Pessoa Adulta e Idosa com doença crónica nas diferentes áreas de intervenção específicas que a seguir se propõem - Enfermagem à Pessoa Idosa.

quando são mobilizados perante situações concretas, adquirindo a forma de saberes socialmente reconhecidos, transmissíveis e transferíveis.

O ensino clínico decorreu na comunidade, numa UCSP da ARSLVT (duração de 100 horas (h)) e no SU de um hospital da mesma área (duração de 300h), onde se assumia o pleno desenvolvimento dos objetivos preconizados na UC “Projeto II”. A escolha de um ensino clínico na comunidade prendeu-se com o facto da minha experiência profissional ser hospitalar, pela necessidade de conhecimentos sobre os cuidados na comunidade e a sua organização, e pela importância de conhecer e cuidar do idoso inserido no seu meio ecológico e perceber a continuidade dos cuidados hospital-comunidade.

Neste capítulo, especificam-se as aprendizagens realizadas, as atividades desenvolvidas e as reflexões que permitiram uma melhor prestação de cuidados e um maior domínio no caminho da perícia.

### **3.1. Competências clínicas**

O enfermeiro especialista tem de se assumir e ser responsável em situações complexas de cuidados face à sua diferenciação. Ao longo deste capítulo pretende-se dar resposta aos objetivos propostos inicialmente (Apêndice I) tendo por base a afirmação anterior.

A violência é uma realidade do quotidiano, tendencialmente oculta, que permanece no silêncio se não houver uma empatia com o enfermeiro para a pessoa idosa a revelar. É intrínseca ao ser humano<sup>33</sup>, paradoxo entre o bem e o mal na relação entre as pessoas, e como tal, tem de ser valorizada pelo enfermeiro, sendo altamente complexa a intervenção.

Quando se conhece a realidade do cliente<sup>34</sup>, quando se conhece que é vítima de violência, não se pode ficar indiferente, “deixando-o abandonado à sua sorte”, só

---

<sup>33</sup> Segundo Domenach (1978, p. 762 cit. por Dias, 2004), “a violência está incorporada na condição humana”.

<sup>34</sup> O conceito cliente refere-se à pessoa alvo dos cuidados de enfermagem face ao seu papel ativo na relação de cuidados. A Ordem dos Enfermeiros (OE) (2001, p.16) refere-se ao cliente “como participante ativo. Cliente como aquele que troca algo com outro e não necessariamente aquele que, numa visão meramente economicista, paga. Cliente-pessoa-individual, ou cliente-família, ou cliente-comunidade”.

porque é uma situação difícil de resolver na família, só porque pode trazer problemas intervir, só porque cada família deve resolver os seus assuntos, só porque.... Suspeitar ou conhecer que a pessoa idosa é vítima de violência é condição *sine qua non* para o enfermeiro se indignar<sup>35</sup>, se revoltar pela falta de respeito pela vida humana, pelos direitos humanos<sup>36</sup> e pela dignidade humana<sup>37</sup>, equacionar a violência como crime e sentir responsabilidade<sup>38</sup> pelo término de um ato violento e cruel. É portanto necessário procurar recursos, depositar entusiasmo nesta intervenção e agir de forma interdisciplinar. Por tudo o que foi escrito anteriormente e pela sua complexidade, justifica-se a intervenção do enfermeiro especialista junto da pessoa idosa vítima de violência.

Ao longo do ensino clínico, frequentemente me incomodei e me inquietei com muitos idosos aos quais prestei cuidados de enfermagem. E porque me inquietei? Pela sua situação clínica de grande fragilidade<sup>39</sup> com múltiplas doenças crónicas<sup>40</sup> associadas

---

<sup>35</sup> “A capacidade de se indignar é aquela que, à semelhança de qualquer cidadão mas mais ainda por se tratar de profissionais da atenção que se presta ao outro, recusa calar-se ou aceitar todas as orientações políticas ou sociais e todas as situações que não sejam profundamente respeitadoras das pessoas ou que sejam degradantes para a humanidade” (Hesbeen, 2000, p. 122). Para isso, é necessário ser curioso e apaixonado pela vida lançando um olhar enriquecedor sobre as situações da prática. A indignação afirma a co-responsabilização social e testemunha a atenção prestada aos outros contra a degradação da humanidade (Hesbeen, 2000).

<sup>36</sup> “O respeito pelos direitos humanos encontra-se vinculado à assunção do outro como um ser digno, sujeito de direitos e deveres” (OE, 2003, p. 31). Os direitos humanos estão previstos na Declaração Universal dos Direitos do Homem, na Constituição da República Portuguesa e na Carta dos Direitos dos Doentes.

<sup>37</sup> A dignidade é um valor inerente ao ser humano e “assumido como princípio moral e como disposição de direito positivo” (OE, 2003, p. 21), pelo que é a pedra angular de todos os outros princípios que norteiam a decisão e intervenção do enfermeiro (art. 78º do CDE).

<sup>38</sup> O conceito de responsabilidade encontra-se presente no CDE (art. 78º ponto 3) na perspetiva da missão do enfermeiro em “agir de determinado modo (com a preocupação da defesa da dignidade e liberdade da pessoa)” (OE, 2003, p. 31). Inclui-se a intencionalidade da prestação de cuidados, o modo como se respeita a dignidade da pessoa e o papel do enfermeiro como advogado do cliente.

<sup>39</sup> A fragilidade está muito associada ao envelhecimento. Este conceito pode definir-se como um estado de declínio pela diminuição das reservas homeostáticas do organismo, em que a saúde, a funcionalidade e o bem-estar estão comprometidos, podendo em última instância conduzir à morte (Fried, 1994; Champbell e Szoeki, 2009; Heath e Phair, 2009). A síndrome de fragilidade inclui os seguintes domínios: mobilidade, fraqueza muscular, equilíbrio instável e fatores relacionados com a composição corporal. Como sinais clínicos destaca-se a desnutrição, osteopenia, sarcopenia, equilíbrio e distúrbios da marcha (Fried *et al*, 2001). Consideram-se idosos frágeis “indivíduos portadores de múltiplas condições crónicas, cujos problemas de saúde poderão levar a limitações funcionais e frequentemente ao desenvolvimento de um quadro de dependência” (Siqueira *et al*, 2004, p.68).

<sup>40</sup> A Organização Mundial de Saúde (2005) define doenças crónicas como tendo uma ou mais das seguintes características: são permanentes, produzem incapacidade/deficiências residuais, são causadas por alterações patológicas irreversíveis, exigem uma formação especial do doente para a reabilitação, ou podem exigir longos períodos de supervisão, observação ou cuidados.



e incapacitantes causando dependência<sup>41</sup>; pela sua debilidade física na manutenção da auto-suficiência; pelo seu comprometimento cognitivo e alienação da realidade vivendo sozinhos; pela falta de condições sociais e económicas que comprometia o seu bem-estar e qualidade de vida; pela sua tristeza profunda no olhar face à solidão na fase final da vida; pela sobrelotação de clientes internados em corredores não se garantindo a dignidade que todos têm direito; pela falta de oportunidade dos clientes para uma interação mais profunda com o enfermeiro de modo a expressarem as suas preocupações e problemas; pela falta de resolução social de alguns clientes que aguardavam no Serviço de Urgência, que não ficando internados, não eram garantidos terapêutica e outros cuidados; pela falta de respeito pela vida e pela pessoa em si; pelos clientes que aguardavam a família para regressarem ao domicílio e esta demitia-se da função de cuidadora; pelos clientes que regressavam ao domicílio sem capacidade de autodeterminação e decisão e colocavam a sua vida em perigo diariamente; pelos clientes institucionalizados pela família sem consentimento e com alguma conivência dos profissionais da equipa de saúde; pelo facto de as pessoas idosas não procurarem no Serviço de Urgência essencialmente cuidados de reparação<sup>42</sup>; pelos idosos que cuidam de idosos; ...

Todas estas inquietações suscitaram em mim a necessidade de intervir junto destas pessoas idosas em situação de vulnerabilidade<sup>43</sup> acrescida. Mas para isso percebi

---

<sup>41</sup> De acordo com o DL n.º 101/2006, a dependência é definida como uma “situação em que se encontra a pessoa que, por falta ou perda de autonomia física, psíquica ou intelectual, resultante ou agravada por doença crónica, demência orgânica, sequelas pós-traumáticas, deficiência, doença severa e ou incurável em fase avançada, ausência ou escassez de apoio familiar ou de outra natureza, não consegue, por si só, realizar as atividades da vida diária” (art. 3º h).

<sup>42</sup> Os cuidados de reparação ou tratamento da doença, “cure” permitem assegurar a continuidade da vida perante obstáculos, nomeadamente, doenças e acidentes (Collière, 1999). E por essa razão parecem ser aqueles aos quais o SU está mais vocacionado pela sua missão, minimizando-se os cuidados de manutenção. No entanto, pela minha experiência pessoal do ensino clínico, o SU é procurado pelas pessoas idosas para cuidados essencialmente de manutenção da vida.

<sup>43</sup> O conceito de vulnerabilidade refere-se ao risco de problemas de saúde (Chesnay, 2008). Considerado um construto multidimensional e dinâmico, reflete a convergência e interação de múltiplos fatores de risco, tanto a nível individual/biológico/intrínseco, como ambiental e social, que influenciam a saúde e a experiência em cuidados de saúde (Rogers, 1997). Por isso, todo o ser humano é vulnerável, em todas as suas dimensões e em momentos particulares da vida (Rogers, 1997; Almeida, 2010; Morais, 2010). Na dimensão física pode estar sujeito a doenças, perturbações físicas, dor ou incapacidade; na psicológica pela fragilidade do estado emocional ou perturbações mentais; e socialmente face à exposição a tensões e injustiças sociais ou porque a sociedade não oferece recursos para se proteger (Torralba, 1998 cit. por Morais, 2010; Nunes, 2011). A pessoa idosa só por si já é vulnerável, no entanto acrescem outros aspetos identificados por Aday (2001 cit. por Chesnay, 2008) como população vulnerável. É de salientar a presença de doença crónica face aos seus efeitos, nomeadamente as limitações/dependência nas atividades de vida; presença de doenças mentais que incluem a ansiedade e a

que era necessário conhecer o cliente<sup>44</sup>, a pessoa que se encontrava diante de mim, quais as suas expectativas, preocupações, necessidades de modo a proporcionar cuidados individualizados. Só conhecendo o cliente é possível intervir adequadamente face à sua dinâmica pessoal e familiar. O “conhecer o cliente”<sup>45</sup> assumiu uma aprendizagem<sup>46</sup> bastante relevante apenas possível através da relação, pois a pessoa é a primeira fonte de conhecimento (Collière, 1999). É necessário um conhecimento mais profundo com a pessoa de modo que sinta preocupação por quem a cuida na resolução dos seus problemas, muitas vezes, centrado em problemas fora do contexto da doença física<sup>47</sup> e do motivo de recurso ao hospital. Assume relevância olhar para a pessoa em si, descentralizando do modelo biomédico<sup>48</sup> muito presente no hospital e no Serviço de Urgência. Mas como conhecer o cliente? A primeira premissa baseia-se na confiança<sup>49</sup> desde o primeiro

---

depressão que provocam graves desordens emocionais e interferem no desempenho das atividades de vidas e relações interpessoais; famílias violentas com os idosos e mulheres e pessoas que vivem sozinhas.

<sup>44</sup> Conhecer o outro consiste em “revelar a maravilha do outro, ser capaz de descobrir alguns dos seus aspetos e ajudá-lo a exprimi-los”, elementos fundamentais no serviço de quem cuida de outros (Hesbeen, 2000, p.121). Price (2006) refere a importância de conhecer o relevante para a situação no momento e no contexto, nomeadamente as suas representações de doença, hospitalização e saúde, as suas expectativas, os seus recursos.

<sup>45</sup> Este conhecimento é orientado e limitado pela pessoa/utilizador ou família face às informações que quer partilhar (Collière, 1999).

<sup>46</sup> Esta aprendizagem também foi baseada em Collière (1999) na medida que, na perspetiva da autora, o conhecimento do cliente relaciona-se com o que ele vive e como interpreta a realidade. Este conhecimento baseia-se em cinco princípios: o situar-se (explorar a pessoa e a situação), o reconhecer e agrupar os sinais (indicadores de expressão), o procurar a sua significação (à luz do processo vida-morte), a identificação da natureza dos seus problemas e questões e a colocação de hipóteses de trabalho.

<sup>47</sup> Na pessoa idosa, o objetivo da intervenção do enfermeiro deve ultrapassar o tratamento clínico da doença e focar-se no bem-estar, capacidade funcional, integração social e qualidade de vida (Cabete, 2004).

<sup>48</sup> Apesar da evolução da ciência e da formação dos profissionais de saúde, prevalecem os mitos e preconceitos relativamente ao idoso, dando pouca importância ao seu bem-estar, qualidade de vida, autonomia (Cabete, 2004) e felicidade (Costa, 2004 in Cabete, 2004).

<sup>49</sup> A confiança do cliente é baseada na premissa “creio que este prestador de cuidados pode ajudar-me respeitando quem eu sou” (Hesbeen, 2001, p. 103); “designa o sentimento de segurança daquele que se entrega a alguém, a qualquer coisa, a uma técnica” (...) numa “solicitude recíproca e num pacto mútuo” (Honoré, 2004, p. 115). De acordo com o mesmo autor, a confiança resulta na conjugação de pelo menos oito elementos: o calor, a escuta, a disponibilidade, a simplicidade, a humildade, a autenticidade, o humor e a compaixão. A confiança permite diminuir a ansiedade relacionada com um ambiente desconhecido ou uma situação inquietante (Honoré, 2004). Em jeito de conclusão, Nunes (2011, p. 287) refere que a confiança é a “principal determinante do compromisso entre as pessoas”.

momento e com a relação empática que se estabelece. Foi fascinante a aprendizagem e os progressos que realizei no desenvolvimento da confiança com o cliente, cultivando os elementos que Honoré defende como potenciadores e reaprendendo a comunicação não-verbal (Collière, 1999). Considero que a disponibilidade de tempo para escutar e dedicar à situação revelou-se crucial, na medida que a pessoa idosa se sentia única, fora da rotina de imensas atividades características do enfermeiro no SU. A pessoa idosa valoriza a escuta pela sua solidão e necessidade de falar com alguém e por sentir que o que diz, ainda é ouvido e apreciado.

Outro elemento é a compaixão, este não se cultiva, mas é intrínseco a cada um, e pelo meu interesse no tema e pela valorização da pessoa idosa, considero que isso era visível e que a pessoa idosa o entendia e se dava a conhecer. Este aspeto é defendido por Hesbeen (2001), referenciando que quando há um clima de confiança, o cliente exprime-se espontaneamente e a veracidade da informação torna-se real.

Para Collière (1999, p. 251), a pessoa é considerada “o homem vivo, situado no seu meio ecológico”, o fundamento e a razão dos cuidados de enfermagem. Dessa forma, é essencial conhecer o “ser bio-cultural confrontado com o combate vida-morte”, ou seja, explorar o que “faz viver a morte e morrer de vida”. Para Pereira Lopes (2007), conhecer a pessoa idosa inserida no seu meio social e cultural e a sua história de vida, ajuda a compreender a singularidade e a diversidade de cuidados. A pessoa, na perspetiva de Collière (1999 e 2003) encontra-se circunscrita numa esfera bio-antropo-sociológica em relação com o meio socioeconómico onde se insere. E porquê? Porque estes elementos são essenciais para a única finalidade dos cuidados de enfermagem, “permitir, aos utilizadores, desenvolver a sua capacidade de viver ou de tentar compensar o prejuízo das funções limitadas pela doença, procurando suprir a disfunção física, afetiva ou social que acarreta” (p. 241), baseada num processo elucidação-ação a partir das capacidades e recursos de cada parceiro. Face a isto, optei pela construção de um instrumento de colheita de dados (Apêndice II) para uma melhor sistematização da informação essencial.

O instrumento de colheita de dados foi inspirado nas ideias de algumas teóricas de enfermagem para ser possível um guia orientador mais global. Assim, utilizou-se conceitos de Collière (energia, forças de vida e de morte, funcionalidade, o sentido,

o meio... baseado em três pontos-chave “o que se conhece da pessoa”, “o que se conhece do meio”, “o que se conhece da doença”)<sup>50</sup>, Meleis (relativamente aos processos de transição) e para melhor organização do seu conteúdo, Virgínia Henderson (necessidades humanas básicas) e Roper *et al* (atividades de vida). Para além desses aspetos, o recurso a instrumentos/escalas validadas (Anexo VIII) é fundamental para conhecer a pessoa, sendo possível assim realizar uma avaliação multidimensional<sup>51</sup>.

A colheita de dados não deve ser realizada logo na admissão como um interrogatório (Hesbeen, 2001) apesar de ser sempre considerado uma intromissão na vida e sentimentos pessoais. Releva-se a sua utilidade e pertinência para a personalização dos cuidados, daí a colheita da informação estritamente necessária<sup>52</sup> sob confidencialidade e sigilo profissional (art. 85º do CDE) (OE, 2003, p. 81), assumindo-se como um processo contínuo. De acordo com Nightingale (2005), a mais importante aula prática que pode ser dada aos enfermeiros é ensinar o que observar, como observar, quais os sintomas que indicam melhoras, ou indicam o contrário, os que têm importância e os que não têm. Assim, perspetiva-se que o enfermeiro especialista centre a sua atenção na pessoa idosa e colha a informação pertinente à situação, sem que o cliente sinta que está a ser interrogado, invadido na sua esfera pessoal e íntima como uma agressão (Hesbeen, 2001).

A construção de um instrumento de colheita de dados centrado na pessoa idosa foi um desafio, abandonando o modelo clássico da prática, centrado apenas nas atividades de vida e na obrigação do seu total preenchimento para cumprir critérios

---

<sup>50</sup> O instrumento de colheita de dados deve ser simples e permitir reajustar a informação, reorganizá-la e completá-la ao longo da relação com o cliente. Dessa forma, é necessário três tipos de elementos indicadores: “os que se referem à pessoa; os que se referem ao seu ambiente, permitindo compreender e saber utilizar o que o situa em relação à sua trajetória de vida, ao seu género de vida, ao seu meio de vida; os que se referem à limitação causada pela doença ou *handicap*, ou então à dificuldade que sente” (Collière, 1999, p. 304).

<sup>51</sup> A avaliação multidimensional da pessoa idosa “pretende identificar quais as dimensões da funcionalidade da pessoa que concorrem para a dependência e quais as necessidades de ajuda (formal ou informal) para suprir, de forma satisfatória, as suas necessidades humanas básicas” (Sequeira, 2010, p. 43). Esta avaliação é essencial em Geriatria para compreender a capacidade de autocuidados da pessoa idosa que são fundamentais para garantir a sua autonomia e facilitar o regresso a casa para evitar substituí-lo no que é capaz de realizar (Cabete, 2004 ). Sequeira (2010) evidencia a importância do uso de escalas para um diagnóstico rigoroso. Realça-se que, apenas são usados os instrumentos necessários e fundamentais para a avaliação da pessoa e da situação em particular.

<sup>52</sup> Segundo Collière (1999), as colheitas de dados ou questionários exaustivos contribuem para o sentimento de segurança do profissional que presta cuidados.

institucionais. Este sofreu vários reajustes de modo a ser o mais útil e adequado possível à pessoa idosa e que transparecesse as ideias das autoras, constituindo este último aspeto, a minha maior dificuldade. Destaco três aspetos fundamentais na aprendizagem: a importância de entender os projetos pessoais do cliente, como vê e perspetiva a sua vida e a sua energia e forças, ou seja, se o cliente se agarra à vida, ou pelo contrário, desistiu de viver. São dois aspetos que me marcaram pelas experiências vividas e ficaram “gravados” na enfermeira que me tornei. O último aspeto refere-se à aprendizagem que desenvolvi relativamente às escalas, a sua importância, exequibilidade e os seus significados para uma intervenção adequada. Entender a importância prática da monitorização do nível de dependência, por exemplo, e mostrar isso aos colegas com quem trabalhei, foi mote para a mudança de prática, fundamentando o papel do enfermeiro na escolha dos recursos mais adequados à pessoa idosa e cultivando a autonomia do enfermeiro face a outros profissionais da equipa.

A preocupação com a violência sobre a pessoa idosa ou com indicadores de vulnerabilidade foi uma premissa bem presente na minha prestação de cuidados, pelo que, ao longo da colheita de dados, ocorria a identificação de fatores de risco de acordo com o Modelo Ecológico, como abordado no capítulo 2; parte integrativa da colheita de dados que permite a sistematização da informação relativa à possibilidade de ocorrência de violência (Apêndice III).

A avaliação de uma situação de uma pessoa idosa prende-se sobretudo com questões éticas<sup>53</sup>, a avaliação da capacidade de tomada de decisão<sup>54</sup> e da autonomia. Verifiquei várias vezes, os filhos ou os profissionais de saúde a substituírem<sup>55</sup> a pessoa idosa no processo de tomada de decisão, sendo a pessoa

---

<sup>53</sup> É relevante não descurar os quatro princípios éticos major. O princípio da beneficência reside no “dever de fazer o bem, de ajudar o outro a obter o que é para seu benefício”, ou seja, “não fazer mal” e não causar dano, ideia chave do princípio da não maleficência. O respeito pela autonomia “significa o reconhecimento de que a pessoa é um fim em si mesma – livre e autónoma, capaz de autogovernar-se, de decidir por si mesma”. Por fim, o princípio da justiça refere-se à igualdade de tratamento de situações idênticas (OE, 2003, p. 53).

<sup>54</sup> A capacidade de tomar decisões é um direito básico da vida e da dignidade que se prende com o poder escolher e poder decidir. A pessoa idosa ou doente não pode ser privada desse direito (Cabete, 2004).

<sup>55</sup> Importa realçar que a tomada de decisão assenta em duas situações díspares. A pessoa competente e capaz de decidir, planeia os seus cuidados pelo consentimento livre e esclarecido. Em situações de emergência ou ausência de interlocutor competente, prevalece a formação profissional, os seus conhecimentos, experiências e capacidade para agir em benefício do outro (Nunes, 2011).

idosa competente (Apêndice IV). A tomada de decisão é um direito da pessoa e uma área fundamental na autonomia do ser humano (Nunes, 2011). Por isso, foi uma preocupação minha cultivar na equipa o respeito por este direito e o respeito pelas decisões do cliente (Apêndice V). Este permanente exercício de avaliar a capacidade de tomada de decisão mudou a minha prática, descentralizando-me da minha vontade e focando-me no outro, na sua decisão e por várias vezes, dei por mim a questionar outros profissionais sobre este tema; sinto o cumprimento dos princípios éticos de uma forma mais consciente.

A autonomia prende-se também com a avaliação das AVD's e atividades instrumentais de vida (AIVD's) de modo a avaliar a segurança em casa. A segurança é um aspeto essencial para o regresso a casa e para proposta dos recursos/apoios mais adequados na comunidade para aquela pessoa em particular, cuja responsabilidade cabe ao enfermeiro (Apêndice VI).

Face à panóplia de situações possíveis em ensino clínico, foquei a minha atenção na prestação de cuidados à pessoa idosa com insuficiência respiratória, dor, demência, em situação de vulnerabilidade acrescida ou violência e com família/cuidador familiar presente.

A família assume um papel importante na prestação de cuidados à pessoa idosa, especialmente em situações de dependência, existindo a figura do cuidador familiar<sup>56</sup>. Cuidar da pessoa idosa pode ser entendido como um ato de reciprocidade que se presta de forma temporária ou definitiva para suprir as suas necessidades vitais face aos obstáculos da vida que influenciaram o seu processo de dependência-autonomia, ou seja, ajudar a garantir a manutenção da própria vida e a sua razão de existir (Collière, 1999). No entanto, este papel assume desgaste físico e psíquico, de onde emerge uma diversidade de necessidades (Imaginário, 2004), pelo que a família ou o cuidador familiar também se assumem alvo dos cuidados de enfermagem<sup>57</sup>. Uma das situações documentadas pela evidência como importante na intervenção da família é a avaliação da sobrecarga física, financeira e emocional

---

<sup>56</sup> O cuidador familiar pode ser entendido como membro da família, amigo ou vizinho, independentemente do tempo de prestação de cuidados e da coabitação (Family Caregiver Alliance, 2010) ou alguém muito próximo que se responsabiliza pela totalidade dos cuidados a prestar, cuida de forma contínua e muitas vezes solitária, "empenhados em relações sociais e afetivas com a pessoa idosa" (Collière, 2003, p. 349).

<sup>57</sup> A família é integrada como foco dos cuidados desde Florence Nightingale (Nightingale, 2005).

do cuidador (Schultz e Beach cit. por Capezuti *et al*, 2008). É então necessário conhecer as necessidades do cuidador familiar e avaliar a sua sobrecarga para intervir de forma adequada, implementando medidas e dando respostas formais a cada situação (Sequeira, 2010). Prevenir ou diminuir a sobrecarga do cuidador, implica diminuir o risco de violência. Nesta área, as aprendizagens que realizei prendem-se com a importância de escutar o cuidador, estabelecer uma relação de ajuda, integrá-lo como alvo dos cuidados e não como responsável por cuidados, como descrito no apêndice VII.

Ainda no domínio da família, considero que esta pode ser uma aliada do enfermeiro se com ela trabalharmos e estabelecermos uma relação de confiança. No entanto, em algumas situações, a família pode não querer ser envolvida no processo de cuidados ou não permitir uma relação com o enfermeiro. E várias foram as situações que presenciei. Em todas elas questionava a razão do desprendimento da família. Haveria fatores potenciadores de afastamento no passado? Teria sido aquela mãe, aquele pai violento para com o filho? Seria um filho capaz de se desprender de alguém que já cuidou de si? Pois bem, aprendi que é necessário avaliar o contexto e a história familiar, abstraindo-me dos juízos de valor e respeitando a decisão de cada um.

A importância de comunicar com a família (Apêndice VIII), de acompanhá-la em situações de fim de vida (Apêndice IX) e de a avaliar <sup>58</sup> foram das aprendizagens mais relevantes, nomeadamente os conhecimentos inerentes ao genograma e ecomapa, bem como aos vários modelos de avaliação, fruto de pesquisa bibliográfica na área. Considero uma área bastante importante para ser trabalhada, pelo que será uma área para posterior investimento na minha formação contínua.

A prestação de cuidados à pessoa idosa e sua família não foi descurada, na medida que, só partindo do conhecimento da pessoa e da situação e da relação estabelecida com o cliente, se pode identificar problemas reais ou potenciais de enfermagem e situações de violência ou identificação de fatores de risco.

---

<sup>58</sup> De acordo com Figueiredo (2012), a avaliação familiar deve ser realizada tendo por base três dimensões: estrutural (rendimento familiar, edifício residencial, precaução de segurança, abastecimento de água, animal doméstico), desenvolvimento (satisfação conjugal, planeamento familiar, adaptação à gravidez e papel parental) e funcional (papel de prestador de cuidados e processo familiar). Focando a atenção na pessoa idosa, as dimensões estrutural e funcional assumem-se como primordiais.

A prestação de cuidados assentou em duas realidades diferentes. Inicialmente na comunidade, em visitas domiciliárias (VD), onde o enfermeiro presta cuidados no contexto do cliente, na sua esfera pessoal e no seu ambiente protetor, onde a leitura de sinais se assume imprescindível para o conhecimento real do contexto de vida da pessoa. Esta leitura permite ao enfermeiro elaborar um projeto de cuidados em conjunto com o cliente e pessoa idosa, capacitando-os para determinadas ações face aos problemas que identificados. A passagem pela comunidade foi determinante para a minha conceção de pessoa idosa e a maneira como podem viver ou sobreviver; vivenciar as suas dificuldades e perceber que o enfermeiro é em algumas situações, a única pessoa que interage com aquela família, reforçou em mim a responsabilidade de olhar a pessoa de forma holística e ser ponte com outros profissionais e instituições da comunidade, na perspetiva das ações serem parte integrante do projeto de cuidados daquela pessoa. Outro aspeto importante prendeu-se com o conhecimento mais aprofundado da organização dos cuidados de saúde primários e quais os meios e recursos disponíveis, nomeadamente para possibilitar um encaminhamento mais adequado no SU.

Em meio hospitalar conhecia a realidade pela prática profissional, mas desconhecia de forma vivenciada a realidade do SU, no que concerne à prestação de cuidados à pessoa idosa. Saliento quatro aprendizagens relevantes relativamente à prestação de cuidados: prevalecem cuidados de manutenção, na medida que o cliente procura aquele serviço em múltiplas situações face à sua resposta permanente; existe prevenção primária na medida que há identificação de fatores de risco de violência e de vulnerabilidade e procuram-se respostas na comunidade para o regresso a casa; não há continuidade de cuidados com a comunidade e vice-versa, aumentando as situações de dependência, doença e vulnerabilidade e reinternamentos hospitalares; as ações de enfermagem autónomas na pessoa idosa requerem um grande domínio da evidência na medida que cuidar de idosos não é semelhante a cuidar de adultos, ideia ainda não muito interiorizada pelos profissionais. Isto levou-me a aprofundar conhecimentos e estar atento a *guidelines* e protocolos na pessoa idosa.

No campo da prestação de cuidados destaco também a importância dos registos de enfermagem, um meio de comunicação entre a equipa multidisciplinar que retratam a individualidade dos cuidados e permitem a continuidade dos mesmos (Torres e



Reis, 2000). Para além disso refletem as intervenções e a tomada de decisão, fundamentando a autonomia e responsabilidade profissional (Dias *et al*, 2001). Numa visão mais geral, assumem-se importantes na evolução da enfermagem contribuindo para a afirmação da sua credibilidade enquanto disciplina científica (Anes, 2001). Na minha prática, os registos já assumiam grande importância como testemunho do trabalho desenvolvido, no entanto, esta ideia ficou ainda mais vinculada ao longo do ensino clínico, na medida que o enfermeiro especialista tem obrigação de registos mais sistematizados e críticos da situação. Dessa forma, realizei notas de evolução de enfermagem<sup>59</sup>, notas de articulação de cuidados de enfermagem com uma UCSP (Apêndice X), pedidos de avaliação para continuidade de cuidados para os - Cuidados Continuados (Apêndice XI) e referência de pessoas idosas para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).<sup>60</sup>

O desenvolvimento de competências nestas áreas foi conseguido pela prestação de cuidados baseados na individualidade da pessoa e na evidência e pela reflexão sobre a prática<sup>61</sup>. A análise da prática “potencia a mudança de atitude, numa lógica de construção de competências e de desenvolvimento profissional” (OE, 2003, p. 100). É considerada uma abertura ao diálogo com base na prática, ou seja, “um treino para cuidar do sentido da ação com os outros, no quadro de uma organização” (Honoré, 2004, p.245). Segundo Collière (1999, p. 256) “é a partir do que se descobre nas situações que se aprende a utilizar conhecimentos para

---

<sup>59</sup>As notas de evolução na UCSP era realizada através do programa informático CIPE (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem)/SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem) e no SU, no mesmo sistema ou em ALERT de acordo com o local onde o cliente se encontrava, sendo realizadas exclusivamente em notas gerais.

<sup>60</sup>As referências para a RNCCI eram realizadas através da plataforma própria. Considero esta referência uma aprendizagem na avaliação da pessoa idosa segundo outro instrumento e na medida que me foi possível acompanhar as várias fases do processo: referência, entrevista e chamada de entrada na RNCCI (na comunidade foi-me possível acompanhar uma colega que fazia parte da Equipa de Coordenação Local) e porque esses conhecimentos foram importantes para informar os colegas no SU, na medida que muitos desconheciam o processo, tipologias e indicações.

<sup>61</sup>A reflexão sobre a prática só é possível porque, numa fase inicial, questiona-se a prática. “Questionar uma prática, é interrogá-la sobre os seus diversos aspetos e mais particularmente sobre a sua origem, a sua evolução e o seu resultado atual” (Honoré, 2004, p. 199). O autor defende que é próprio de uma ação de formação interrogar a prática, na medida que “a formação pela reflexão sobre as práticas desprende a ação dos seus aspetos operatórios e funcionais” (p.203).

“O valor da reflexão na e sobre a ação como elemento facilitador da aprendizagem do estudante em contextos clínicos tem sido demonstrado sabendo-se que quando a reflexão é intencionalmente realizada conduz à construção do saber e sendo teórica e metodologicamente enquadrada permite a emancipação profissional, o aprender a aprender e a consciência da tomada de decisão” (Santos, 2009, p.6).

explicar, verificar diferentes manifestações de fenómenos de vida, a fim de lhes compreender o interesse em relação aos cuidados e decidir a forma de os utilizar”.

A análise da prática foi conseguida através de documentos escritos que descreveram situações vivenciadas e fomentaram reflexão pessoal com base nas orientações da professora. Exemplos são as notas de campo e os jornais de aprendizagem, remetidos para apêndices. Os jornais de aprendizagem refletem situações complexas de cuidados e de decisão e permitiram aprofundar vários temas. Um desses exemplos é a situação de uma pessoa idosa com demência da qual se suspeitava ser vítima de violência. Sendo a demência, uma patologia predominante na pessoa idosa senti necessidade de aprofundar conhecimentos e tinha particular interesse pelo facto de não existir um instrumento para a identificação de violência. A avaliação de uma situação de violência é sempre complexa, acrescendo o défice cognitivo, é um verdadeiro desafio para o enfermeiro, como representa o apêndice XII<sup>62</sup>.

A elaboração de estudos de caso permitiu também a reflexão na ação, na medida que são entendidos como “uma investigação aprofundada de um indivíduo, de uma família, de um grupo ou de uma organização” (Fortin, 1999, p. 164).

O estudo de caso permite um estudo sistematizado de uma situação em particular da realidade de cuidados, desenvolvendo-se um conhecimento mais profundo para uma intervenção personalizada (Benner, 2001); constitui uma estratégia de formação face à mobilização do conhecimento teórico e prático e consolidação dos conhecimentos adquiridos, a sua aplicação na prestação de cuidados e a realização de novas aprendizagens para a tomada de decisão pela análise e descrição de uma determinada situação real (Naumes e Naumes, 1999). Assim permitiu o aprofundamento de competências científicas, técnicas e relacionais. Saliento como aprendizagem mais relevante a hierarquização dos problemas de enfermagem, após validação com o cliente. A situação escolhida para a realização do estudo de caso

---

<sup>62</sup> Perante este tema tão complexo - despiste de violência na pessoa idosa com demência, foi necessário realizar pesquisa através das bases de dados eletrónicas possíveis. Dessa pesquisa, um dos artigos era de elevada relevância, embora não se encontrasse disponível. Desse modo, contactei a autora por correio eletrónico, expliquei o meu percurso profissional e académico e disponibilizou-me o artigo, do qual realizei uma ficha de leitura (Apêndice XIII). Considero que este foi mais um momento de aprendizagem na busca da qualidade dos cuidados. As fichas de leitura foram excelentes instrumentos de resumo de artigos para a elaboração do relatório e consulta de aspetos importantes para a prática.

prende-se com a sua complexidade e por ter sido vivenciada na comunidade, onde não exerço a minha atividade profissional (Apêndice XIV).

A revisão da literatura<sup>63</sup> (enquanto ferramenta no domínio da investigação) permitiu também através dos seus contributos refletir na prática pelos ganhos de conhecimentos na área da pessoa idosa, na prestação de cuidados especializados em áreas como a dor, demência, cuidador familiar e sobrecarga do cuidador e na área da violência (identificação, avaliação e ação) promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. O conhecimento permitiu basear a prática na evidência, prestando cuidados especializados, em segurança e com vista à autonomia da pessoa idosa. É essencial conhecer o estado da arte na medida que a prática baseada na evidência permite o uso consciente e explícito da melhor evidência atual para a tomada de decisão sobre os cuidados (Domenico e Ide, 2003; Craig e Smith, 2004).

A revisão sistemática da literatura (RSL) constitui um método de pesquisar, catalogar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores (Fortin, 1999) através da aplicação de estratégias científicas com a finalidade de avaliar e sintetizar todos os estudos relevantes e que respondam a uma pergunta específica. (Cook *et al*, 1999, cit. por Galvão, Sawada e Rossi, 2004). Importa referir que, pela metodologia da RSL, alguns artigos de qualidade não eram incluídos, daí a necessidade de realizar várias pesquisas com diferentes descritores<sup>64</sup>, justificado pela falta de unanimidade de conceitos, tal como descrito na revisão da literatura. Por essa razão, o apêndice XV contempla a metodologia da última RSL realizada no domínio da violência à pessoa idosa, bem como algumas considerações sobre a mesma.

Como contributos para uma melhor prestação de cuidados destaco duas formações<sup>65</sup> que realizei na área da violência à pessoa idosa pois permitiram

---

<sup>63</sup> Para Fortin (1999, p. 74) a “revisão da literatura é um processo que consiste em fazer o inventário e o exame crítico do conjunto de publicações pertinentes sobre um domínio de investigação” e um dos seus objetivos “consiste em distinguir o que é conhecido sobre o assunto e o que falta explorar” (idem, 1999, p. 86).

<sup>64</sup> Os descritores utilizados foram variados de acordo com o tema em estudo: elder abuse, nursing interventions, elder mistreatment/maltreatment, violence, elderly, nursing care, frailty, vulnerability, caregiver...

<sup>65</sup> Curso de envelhecimento e violência – da teoria à prática, no Instituto Nacional Ricardo Jorge, IP (duração de 2 dias) e Seminário da PSP (duração de 1 dia).

aprofundar conhecimentos, conhecer a realidade da violência em Portugal e no estrangeiro, as entidades envolvidas na prevenção e discutir situações na tentativa de uma avaliação multiprofissional. Este aspeto foi valioso pela oportunidade de perceber a visão e a prioridade de cada grupo profissional, mas também pela oportunidade de entender a violência como um problema transversal nos vários domínios da pessoa e a importância do trabalho em equipa. Numa das formações, promovida pela Polícia de Segurança Pública (PSP), o enfermeiro não foi focado nesta problemática, razão pela qual me senti na responsabilidade de intervir publicamente demonstrando que o enfermeiro tem muitas vezes acesso privilegiado à pessoa e família e deve ser envolvido. As ações externas têm a vantagem de proporcionar trocas de experiências e estabelecimento de contactos, sendo uma abertura ao exterior (Hesbeen, 2001, p. 141).

Em suma, pelas aprendizagens já descritas face às atividades realizadas e exemplificadas em apêndice, fruto do trabalho desenvolvido ao longo do ensino clínico, considero ter respondido aos objetivos propostos inicialmente no projeto e adquirido as competências clínicas no cuidado à pessoa idosa vítima de violência, enquanto enfermeira perita nesta área.

### **3.2.Competências na implementação de um projeto de mudança da prática**

No decorrer do ensino clínico, como já referido anteriormente, para além da aquisição de competências clínicas, esperava-se a aquisição de competências na implementação de um projeto de mudança da prática, delineado anteriormente, na UC “Opção II”. O desenvolvimento deste tipo de competências é fundamental na área da gestão, na medida que “o gestor de uma unidade de cuidados de enfermagem (...) gere (adequa os recursos às necessidades ou aos objetivos) e cuida da equipa de enfermeiros, promovendo o seu desenvolvimento de competências com finalidade da melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados” (Nunes, 2011, p. 123).

Para promover comportamentos de mudança na prática é necessário, em primeiro lugar, sensibilizar e cativar para capacitar a equipa na abordagem à temática, e este foi um dos objetivos principais ao longo do ensino clínico. Pode-se então afirmar que o ensino clínico operacionalizou o projeto realizado (Apêndice XVI), tendo em conta que a metodologia utilizada – metodologia de projeto – é um plano aberto e flexível, permitindo reajustes e alterações para melhor adequação à realidade, um contributo para a mudança. Esta metodologia permite desenvolver capacidades pessoais de pesquisa recorrendo a uma diversidade de técnicas, desenvolver estratégias e produzir conhecimentos, em que a autonomia está subjacente ao processo de aprendizagem, numa construção pessoal do saber (Leite, Malpique e Santos, 1989). Ainda de acordo com as mesmas autoras, a metodologia de projeto pressupõe que o grupo se sinta implicado no projeto. Por essa razão optei por “ficar ligada” a uma equipa<sup>66</sup> (uma das equipas de enfermagem do SU) por forma a facilitar as relações interpessoais com os colegas e interagir mais facilmente. E para isso senti necessidade de me integrar na equipa e no serviço (especialmente pela dinâmica<sup>67</sup> do SU). A estratégia que adotei consistiu em acompanhar e ajudar o colega de referência<sup>68</sup> na equipa e na prestação de cuidados nos vários setores<sup>69</sup> do SU de modo a perceber a dinâmica do mesmo, o circuito do cliente, a metodologia de trabalho, qual o setor mais facilitador para a aprendizagem, conhecer a equipa multidisciplinar e levantar questões aos colegas sobre a problemática da violência (em geral e de forma particular nas pessoas idosas), conhecer a sua perceção sobre o assunto, como se identificavam com o tema, a importância que assumia.

---

<sup>66</sup> No SU existem cerca de 70 enfermeiros divididos por 5 equipas de enfermagem. Face ao elevado número de enfermeiros e a minha inexperiência em projetos com esta metodologia, optei por me integrar numa equipa para facilitar a aproximação ao grupo e a cada colega individualmente, facilitando a intervenção numa equipa mais reduzida.

<sup>67</sup> De acordo com o Despacho Normativo n.º 11/2002, de 31 de janeiro (art. 1º), compete ao SU prestar cuidados nas condições enquadradas nas definições de urgência e emergência, englobando “aquelas cuja gravidade, de acordo com os critérios clínicos adequados, exijam uma intervenção médica imediata”. Este serviço caracteriza-se pela imprevisibilidade e variabilidade.

<sup>68</sup> O colega de referência foi o colega especialista escolhido pelo enfermeiro chefe do SU para me orientar no serviço face ao seu pleno conhecimento das equipas e especificidades do SU; elemento de apoio e partilha de reflexões e opiniões previamente à intervenção na equipa.

<sup>69</sup> O SU está organizado de acordo com as seguintes áreas: Triagem (Triagem de Manchester), Sala de Emergência, Atendimento clínico (áreas funcionais médicas e cirúrgicas organizadas por prioridades), Unidade de Internamento Médico-Cirúrgico, Unidade de Cuidados Diferenciados Imediatos.

Considero relevante um aspeto que está relacionado com a apresentação que fazia aos colegas, informando sempre sobre o meu projeto e disponibilizando-me para ajuda ou esclarecimentos de maneira que, todos os colegas soubessem das minhas preocupações. Tive especial cuidado em me apresentar e apresentar o projeto aos restantes chefes de equipa, construindo uma relação próxima que foi bastante útil na fase final do projeto.

Enquanto trabalhava na integração na equipa e no SU, divulguei e realizei a primeira reunião com a equipa com a finalidade de apresentar o projeto<sup>70</sup>. Nessa reunião tinha ainda outros objetivos: perceber se a equipa tinha interesse em aderir e colaborar no projeto, de que maneira o poderia fazer, quais as suas expectativas, motivações, valorizando sempre a experiência profissional que possuíam. Interessa referir que para a realização da reunião houve fases prévias a ter em conta, estas muito importantes para o sucesso da mesma e que se assumiram como momentos de aprendizagem significativos, nomeadamente a escolha do momento<sup>71</sup> para a reunião e a divulgação da mesma.

A divulgação foi realizada de diversas formas de modo a cativar os colegas e que se sentissem importantes no projeto. Por isso realizei um convite pessoal a todos os elementos e pedi colaboração ao chefe de equipa para reforço da informação (comunicação oral). Complementei com informação escrita (Apêndice XVII) através da colocação de uma folha de divulgação na agenda da equipa (consultada por todos os colegas) e afixei no placard dos recados, na sala de enfermagem, a informação, recorrendo a uma folha de cor colorida garantindo que despertava atenção.

Outra fase relevante prendeu-se com o planeamento pormenorizado da reunião (Apêndice XVIII) nomeadamente, no pedido de colaboração ao colega de referência para anotar as ideias chave da reunião, definir a duração da reunião garantindo a prestação de cuidados, e a colocação de vários cenários de resposta à participação no projeto pelos colegas com o intuito de estar preparada. Preconizava a

---

<sup>70</sup> A apresentação do projeto à equipa é essencial para que esta esteja envolvida e se sinta parte integrante do projeto; só assim se garante o sucesso (Ruivo, Ferrito e Nunes, 2010).

<sup>71</sup> A escolha do momento para a reunião foi determinante para garantir a participação dos colegas face à dinâmica do SU. Assim, em conversa com o chefe de equipa aferiu-se a reunião para o turno da noite, entre as 2-6h, por ser o momento mais calmo e o momento da ceia.

participação dos colegas sugerida por eles e não uma proposta minha, respeitando a decisão da equipa. A reunião ainda teve como objetivo a realização do diagnóstico da situação da equipa relativamente à forma como identificavam situações de violência na pessoa idosa, para delinear a intervenção na equipa.

Para o diagnóstico da situação elaborei um “instrumento”, com base na revisão da literatura<sup>72</sup> apresentada no capítulo 2, de modo a perceber quais os itens que os enfermeiros valorizavam mais na prática clínica. Para a sua mensuração, foi incorporada uma escala de *Likert*, considerada adequada na medida que “consiste numa série de enunciados que exprimem um ponto de vista sobre um tema” (Fortin, 2009, p. 389). Esse “instrumento” (Apêndice XIX) foi melhorado após a realização de pré-teste<sup>73</sup> a três colegas que trabalhavam em SU de modo que o “instrumento” fosse o mais explícito e adequado ao fim a que se destinava. Considero este momento uma aprendizagem significativa na adequação da teoria à prática, ou seja, aplicar a evidência no uso de alguns passos da metodologia de investigação, à semelhança do uso da evidência na prática dos cuidados.

Da reunião em si, percebi a necessidade que os colegas têm de discutir situações, pois não é prática comum existirem momentos de discussão e partilha; a importância de se estabelecer compromissos de modo que todos se sintam co-responsabilizados com o projeto e a importância de se sentirem acompanhados na prática, nomeadamente através da minha pessoa e disponibilidade. Como resultado da reunião, emergiu um compromisso com os colegas, eles estariam mais atentos na identificação de possíveis situações de violência para me ser possível, posteriormente avaliá-las. E para um maior rigor nessa avaliação, cada colega recebeu o “instrumento”/lista síntese de dados em forma de cábula de bolso<sup>74</sup> (Apêndice XX), que foi bastante apreciado pela equipa. Por fim, foi realizada uma súmula de ideias principais e agendamento de nova reunião que foi colocada na

---

<sup>72</sup> O “instrumento” resultou da compilação dos fatores de risco da WHO (2011) e de alguns sinais objetivos e subjetivos descritos na literatura, na identificação de situações de violência.

<sup>73</sup> Foi pedida a colaboração aos colegas por e-mail para preenchimento do “instrumento” e colocação de dúvidas, comentários, algo que pudesse ajudar no seu aperfeiçoamento. Dos três colegas, dois eram colegas da especialidade, uma mais valia face ao conhecimento dos objetivos do meu trabalho e do processo; o outro trabalhava no SU onde me encontrava mas não fazia parte da equipa de intervenção, sendo escolhido pelo conhecimento pleno daquela realidade.

<sup>74</sup> A cábula de bolso representa uma réplica do “instrumento” realizado para o diagnóstico da situação. Idealizada como uma estratégia para a avaliação e também para a consciencialização do problema em si.

agenda de equipa e que os presentes assinaram (Apêndice XXI), garantindo o empenho e motivando no sentido de compromisso ao projeto.

Após analisar os dados do diagnóstico de situação percebi que era necessário analisar diversas situações com a equipa evidenciando fatores de risco ou sinais indeléveis de violência, aos quais não davam tanta atenção, nomeadamente dados menos objetivos (Apêndice XXII). Dossi *et al* (2007) considera que os profissionais tendem a centrar a sua atenção nas lesões físicas pela falta de formação ou pela decisão de não se envolverem nos casos e não se encontrarem preparados para oferecer uma atenção que tenha impacto na saúde das vítimas.

Os aspetos que a equipa dava mais atenção na identificação de situações de violência estão representados no quadro seguinte; os resultados foram comunicados à equipa na 2ª reunião.

**Quadro nº. 3 -** Aspetos que os enfermeiros dão mais atenção na identificação de situações de violência (diagnóstico de situação)

1.Contusões, equimoses, feridas traumáticas com diferente coloração	6.Sobrecarga do cuidador
2.Queimaduras, marcas de objetos no corpo	7.Feridas inexplicáveis
3.Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa	8.Abandono no hospital
4.Pessoa idosa verbaliza agressão pelo cuidador	9.Cuidador sob abuso de álcool e substâncias
5.Idoso repele o toque do cuidador	10.Idoso sedado

(Fonte: elaboração própria)

Perante os resultados, levantei algumas questões: Como é avaliada a sobrecarga do cuidador? E a dependência nas atividades de vida? Percebi pela prestação de cuidados que eram avaliações empíricas. E dada a frequência elevada de admissões de clientes no SU e a carga de trabalho do enfermeiro, concluí que seria difícil o enfermeiro fazer essa avaliação. E encontrei uma solução: o enfermeiro de humanização pertencente ao Gabinete de Informações e Acolhimento (GIA)<sup>75</sup>.

<sup>75</sup> O GIA é um gabinete que pertence ao SU, onde se encontra de forma presencial um administrativo 24h para ajudar e apoiar, esclarecer e dar informações, orientar as visitas às famílias e pessoas de referência e um enfermeiro nos turnos da manhã e da tarde. Este enfermeiro - enfermeiro de humanização - possui as seguintes funções: acolher a família; identificar



Apresentei o projeto em pormenor à colega responsável (função assumida recentemente) e demonstrei-lhe através de situações já avaliadas e resolvidas a importância do recurso a escalas. Esta ficou motivada e assumiu-se como uma parceira no projeto. Várias vezes procedemos à avaliação da capacidade funcional da pessoa idosa para justificar as intervenções e esta prática, gradualmente, cimentou-se na colega de humanização. Importa referir que a falta de elementos fixos de humanização foi um fator dificultador, na medida que o grupo se encontrava em reestruturação. Tive necessidade de alterar a minha estratégia: o acompanhamento passou a ser em duas frentes, na equipa em que estava inserida e nos turnos da manhã, à colega coordenadora do GIA (Apêndice XXIII).

As situações de possível violência ou de vulnerabilidade eram referenciadas ao enfermeiro de humanização/GIA pelos colegas da prestação de cuidados. Verificava-se que alguma informação transmitida oralmente não estava escrita ou era parca e por essa razão, senti necessidade de avaliar os registos de enfermagem<sup>76</sup> da equipa onde me encontrava dada a elevada importância da documentação de enfermagem. A análise dos registos (sistema informático *ALERT*) tinha como objetivo identificar se os enfermeiros documentavam os fatores de risco ou sinais que tinham por base a referenciação para o GIA. Para tal elaborei uma grelha de registo baseada nos dados importantes a registar (Apêndice XXIV). Da análise realizada concluí que dos 15 processos analisados, 10 tinham referência a pelo menos um item da grelha, as escalas nunca foram aplicadas pela ausência desta prática na equipa e os registos de enfermagem assumiam-se pobres na descrição da situação e nas intervenções realizadas. Os dados da triagem eram relevantes permitindo uma maior colheita de dados; as notas de enfermagem resumiam-se muitas vezes à expressão “aguarda resolução social”, sem indicar o motivo; o enfermeiro do GIA realizava algumas vezes uma nota de enfermagem com o encaminhamento realizado.

---

necessidades da família, intervir e avaliar resultados obtidos; gerir as visitas e dar informação; articular o encaminhamento de situações identificadas como risco para Assistente Social, Cuidados Continuados..., colaborar com o enfermeiro chefe de equipa na garantia da qualidade dos cuidados; apoiar os colegas na prestação de cuidados.

<sup>76</sup> Segundo Quivy e Campenhoudt (2003), a análise documental de fontes escritas é um recurso de informação qualitativa que permite encontrar informações relevantes para completar os dados obtidos por outros métodos.

Tendo em conta o planeamento do projeto, a identificação das situações de violência seria realizado com o recurso ao instrumento *Questions to Elicit Elder Abuse* (QEEA)<sup>77</sup> (Anexo IX) e por essa razão foi incluído na minha avaliação. Previamente foi pedida autorização para a sua utilização ao autor da tradução (Apêndice XXV), que foi diferida<sup>78</sup>. A elaboração do pedido de autorização é considerado por mim mais um momento de aprendizagem face às dificuldades que senti na sistematização da informação, com necessidade de vários reajustes. É imprescindível que o enfermeiro especialista adquira competências nesta área visto ser um elemento dinamizador com potencial para investigar a prática.

Através da sua utilização contatei que é um instrumento que não se adequava à realidade dos contextos clínicos, mas antes à investigação, na medida que pressupõe uma pessoa idosa cognitivamente capaz. E a prevalência de idosos com alterações cognitivas no SU é elevada. Por outro lado, embora as perguntas se façam no contexto da avaliação, há perguntas mais específicas que podem ser entendidas pela pessoa idosa como íntimas e não relacionadas com a situação. Pelos motivos apresentados optei pelo abandono do uso deste instrumento.

Face à necessidade dos enfermeiros se apoiarem num instrumento (necessidade sentida na equipa), optei pelo uso do instrumento EAI<sup>79</sup>, descrito no capítulo anterior como o mais adequado ao contexto clínico, embora ciente da sua não validação na população portuguesa; este funcionou como um exercício. Este instrumento é simples e de fácil aplicação a partir da observação (Fulmer *et al*, 2004). Embora adequado ao contexto clínico, vários itens importantes na avaliação poderiam ser menosprezados por não estarem contemplados, nomeadamente, o cuidador, a dependência da pessoa idosa, o apoio social. Foi portanto um tempo de reflexão importante, conciliar a prática com a evidência.

---

<sup>77</sup> O QEEA é um instrumento de autorrelato, em que se questiona a pessoa idosa de acordo com 15 questões fechadas, relativamente a condutas de violência física, psicológica, financeira e negligência. Não apresenta score final pois o seu objetivo é reconhecer, gerir e prevenir a violência; não tem propriedades psicométricas reportadas (Carney, Kahan e Paris, 2003). Este instrumento não foi validado em Portugal, mas traduzido e usado na investigação, por José Ferreira Alves.

<sup>78</sup> O pedido de autorização contemplava que o utente assinasse consentimento informado, no entanto, não sendo um trabalho de investigação a realizar e sendo estas questões inseridas na avaliação clínica e global da pessoa idosa, não se usou consentimento informado.

<sup>79</sup> O EAI é um instrumento com boas propriedades psicométricas, divide-se em sete secções cujo objetivo é avaliar os sinais e indicadores de violência física, financeira, sexual, negligência e abandono (Fulmer *et al*, 1994).

A reflexão na ação mais uma vez se destaca nas competências desenvolvidas. Por tudo o que já foi referido, considere-se que o “instrumento” construído era um excelente guia de orientação na identificação de fatores de risco e violência na pessoa idosa. Este possui várias vantagens: é abrangente, e simultaneamente simples, os dados necessários a colher decorrem da prestação de cuidados e contemplam a tríade pessoa idosa, cuidador e ambiente. Por isso propus ao enfermeiro-chefe do serviço, a implementação do mesmo.

A minha prestação de cuidados baseou-se na avaliação da tríade como premissa essencial na identificação de situações de violência, não se dissociando da implementação do projeto, pois este é um projeto para melhorar a qualidade dos cuidados prestados. Assim no dia-a-dia, os colegas viam que era possível identificar mais problemas e melhorar a prestação de cuidados, bastando estar mais atento a dados-chave. De certa forma a equipa solicitava-me para ajudar a avaliar e a tomar decisões. Uma das situações refere-se não a uma pessoa idosa, mas a um adulto jovem vítima de violência (Apêndice XXVI), à qual o chefe de equipa solicitou a minha ajuda. Nesse momento senti que a equipa me considerava um elemento de referência, razão pela qual foi mais fácil aproximar-me de alguns elementos (os mais interessados na problemática) e analisar e discutir situações. Benner (2001) defende esta ideia na medida que considera que as enfermeiras peritas podem ser consultadas por outras enfermeiras quando despistam precocemente alterações clínicas.

A intervenção com a equipa foi constante ao longo do ensino clínico e para cimentar ideias foram necessárias mais duas reuniões. As reuniões tiveram como objetivo envolver a equipa e monitorizar o progresso e coordenar ações (Ramos, 2008, p. 8). A 2ª reunião teve como objetivo dar feedback das intervenções realizadas e fomentar a melhoria da qualidade de cuidados nestas situações, como justifica o apêndice XXVII. Nesta reunião, os colegas referiram que não havia monitorização das situações acompanhadas e encaminhadas pelo GIA, não era dado *feedback* aos enfermeiros acerca da resolução das situações por parte da assistente social, razão

pela qual nos reinternamentos<sup>80</sup> não era possível saber o que já tinha sido realizado. Estas ideias foram também verbalizadas por colegas de outras equipas. Reuni-me com a colega do GIA e propus a elaboração de uma base de dados (Apêndice XXVIII) que permitisse a monitorização das situações e desse contributo para a continuidade dos cuidados<sup>81</sup>. Esta atividade permitiu dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e constituiu um momento motivador para os colegas do GIA; foi uma ferramenta muito útil na perspetiva da equipa.

Os colegas referiram também que a elaboração de posters ilustrativos de sinais de violência e fatores de risco e um fluxograma de intervenção seriam uma mais valia para uniformizar a intervenção do enfermeiro. O poster ilustrativo (Apêndice XXIX) foi entregue à chefia para ser colocado em diversos espaços como auxiliar de memória. Relativamente ao fluxograma de intervenção (Apêndice XXX), é uma técnica representativa gráfica, clara e precisa da sequência de um processo, sendo fácil de entender (Oliveira, 2009). A sua construção teve como linha orientadora o facto dos colegas do SU estarem familiarizados com fluxogramas simples, o que nesta área não é muito linear. Por isso optei por incluir pouca informação, dando ênfase aos passos principais da intervenção<sup>82</sup>. Estas duas ferramentas foram combinadas e resultaram numa norma de procedimento para o serviço (Apêndice XXXI).

A última reunião teve como principal objetivo avaliar a intervenção na equipa, pelo que foi aplicado novamente o instrumento do diagnóstico de situação, permitindo comparar dados e perceber se a equipa estava mais atenta a outro tipo de sinais. Da avaliação (Apêndice XXXII) destaca-se que os dez aspetos que os enfermeiros dão mais atenção permanecem inalteráveis, mas passaram a dar mais atenção a outros dados, nomeadamente, relação entre a pessoa idosa e cuidador, apoio social

---

<sup>80</sup> De acordo com Marques (2011), os reinternamentos em SU devem-se a falta de informação e dificuldades na prestação de cuidados diretos pelo cuidador, na medida que, 28% regressam ao hospital antes de 28 dias após a alta; predominam os idosos e os viúvos.

<sup>81</sup> O enfermeiro do GIA registava em folhas impressas do processo do cliente as intervenções e resolução, no entanto, muitas não estavam registadas no processo do mesmo. Não era também possível garantir a continuidade de cuidados ou continuar algo. Foi construída uma base de dados com codificação para possível monitorização de dados, e introdução dos mesmos de uma forma mais fácil.

<sup>82</sup> Foram construídos dois fluxogramas. Um apenas com os passos principais a ter em conta e quem deve realizá-los; o outro é mais explicativo e dá indicação dos passos da avaliação e da ação. Foram considerados pelos colegas uma boa resposta ao pretendido.

deficitário e aspetos relacionados com a pessoa idosa e o tipo de cuidados da admissão. O quadro seguinte mostra quais os dados que passaram a ser mais relevantes na prática.

**Quadro nº. 4** – Aspetos a que os enfermeiros passaram a dar mais atenção na identificação de situações de violência (após a intervenção na equipa)

Níveis de dependência elevados nas AVD's	Desidratação/desnutrição
Dificuldade de relacionamento de longa duração entre cuidador e pessoa idosa	Falta de cuidados de saúde
Isolamento social	Idoso evita contacto com a família
Suporte social deficitário	Comportamentos inadequados entre idoso e cuidador
Higiene deficitária	Agressão à família e mudança de comportamento pela pessoa idosa

(Fonte: elaboração própria)

Concluiu que a intervenção foi eficaz pelos resultados obtidos (forma direta) e pelos comentários e observação da mudança das práticas (forma indireta). A equipa considerou a intervenção muito adequada e os conhecimentos muito úteis para a prática.

Alguns elementos da equipa verbalizaram necessidade de receber formação na área, pelo que distribuí um papel, de forma individual, para colocarem as suas necessidades de formação, com o objetivo de serem suprimidas bem como responder aos seus objetivos e expectativas; garantiu-se o anonimato das respostas. Com base nessas respostas (Apêndice XXXIII), foi elaborada uma formação<sup>83</sup>, que após negociação com o enfermeiro chefe foi estendida às cinco equipas, em momentos individuais, planeados com o chefe de equipa respetivo. O planeamento da sessão e o conteúdo da mesma encontra-se no apêndice XXXIV.

<sup>83</sup> Para além de responder às necessidades do grupo, tive o especial cuidado de seguir algumas orientações. De acordo com o Manual das Nações Unidas (2003), os objetivos da formação dos profissionais são: “aumentar a consciencialização e compreensão do problema; desenvolver elevados níveis de sensibilidade, técnicas e conhecimentos; reforçar o tipo de resposta interdisciplinar” (p. 81). A formação básica deve incluir “formas de lidar com todas as questões relativas a um caso de violência doméstica; formas de fornecer apoio adequado à vítima; formas de assegurar a segurança da vítima; formas de lidar com o agressor” (p. 82).

A formação em contexto de trabalho é um método consistente e eficaz de promover mudança (Thompson e Elearmonth, 2004), produzindo forte impacto no pensamento e na prática (Day, 2001). Segundo Hesbeen (2001, p. 140) “não deve resultar em insatisfação crescente ligada à frustração sentida entre o que se pensa ou se elabora na formação e a realidade do terreno”. Para Collière (1999, p.339), a formação “desempenha um papel determinante em relação à evolução dos cuidados de enfermagem, no sentido em que é geradora de condutas, de comportamentos e de atitudes”.

O papel do formador deve consistir em

ajudar os profissionais a refletir na sua prática para que esta ganhe sentido para eles. Consiste em ajudá-los a identificar a sua zona de liberdade, aquela que cada um tem em si e que muitas vezes convém revelar. É esta zona de liberdade que permite, muitas vezes, iniciar mudanças ou, pelo menos, atenuar algumas pressões ou o stress vivido (Hesbeen, 2001, p. 140).

A avaliação da sessão foi realizada, pedindo-se aos colegas que caracterizassem a formação com uma palavra, um sentimento ou uma expressão. Foi um momento inovador, mas bastante positivo face ao que foi verbalizado.<sup>84</sup> A equipa sugeriu algumas ideias para melhorar a prática: maior intervenção pelo colega de humanização, importância da presença das assistentes sociais na formação; reunião entre a assistente social e família na presença do enfermeiro; horário mais alargado da assistente social.

Também fiz a minha avaliação dos vários momentos e destaco as seguintes ideias: os elementos mais jovens revelam menos preocupação com o tema pois encontram-se centrados no “fazer”, estabelecendo outras prioridades; o grupo discutiu assuntos que os preocupavam; em algumas equipas a discussão prolongou-se revelando interesse no tema.

A realização da formação trouxe-me várias aprendizagens, nomeadamente, a gestão do tempo, o suscitar discussão sobre um tema, a importância dos exemplos da prática de modo a ilustrarem a teoria, a importância do domínio do tema face às

---

<sup>84</sup> Exemplos de verbalizações dos colegas: “interessante; esclarecedor; sucinta; objetiva; muito adequada à realidade; pertinente; atual; completa; sensibilizar; “trabalho árduo e difícil”; despertar; irá fazer falta mais coisas, estamos muito concentrados no fazer e não focados neste problema; resistência grande pela nossa negação e desvalorização; não há responsabilidade social; relevante; satisfeito; tema delicado; foi um abre olhos”.

perguntas sobre a temática; a flexibilidade de adequar a formação ao tempo ou ao ritmo e necessidades expressas pelo grupo no momento. Foi curioso observar o fâcias dos colegas perante alguma informação, denotando o quanto estavam alheios ao tema e analisar à posteriori que todas as formações foram diferentes, mas bastante ricas.

Para além da formação, foi pedido a todos os enfermeiros do serviço que preenchessem o instrumento do diagnóstico de situação de modo a entender como é “olhado/percecionado” este problema pelos enfermeiros daquele serviço. Os chefes de equipa foram um elemento importante na entrega dos questionários à equipa respetiva. Da análise dos resultados (Apêndice XXXV), destaco como pontos principais a importância dada aos dados objetivos, o que é concordante com os dados obtidos na avaliação inicial da equipa onde ocorreu intervenção (indicia também que a intervenção na equipa foi conseguida); aspetos como a dependência nas AVD's, suporte social deficitário e isolamento social dividem a atenção dos enfermeiros; a desnutrição e desidratação, presença de úlceras de pressão, roupa inadequada à estação do ano apresentam diferentes resultados que associo à necessidade de investigar melhor estas situações para perceber se são indicadores de maus cuidados. Ora, esta avaliação é concordante com a evidência, sendo mais fácil identificar dados objetivos. Considero que este resultado é promissor e positivo, na medida que a equipa já identifica algumas situações. Com a formação realizada preconizei a sensibilização dos enfermeiros para outros indicadores, alguns indeléveis na identificação e para os quais não se encontravam despertados.

Durante a pesquisa realizada verifiquei que, a nível nacional, da Direção Geral de Saúde (DGS) existem normas e documentos de referência para situações de maus tratos na criança, documentação na violência doméstica, principalmente de género (feminino) e ausência de documentação na pessoa idosa. Na minha perspetiva, estes dados refletem a pouca importância atribuída à pessoa idosa fruto do isolamento e do idadismo social. A Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género, no IV Plano Nacional (2012) contempla medidas pelas ARS para uniformização de práticas na violência doméstica, nada específico na violência à pessoa idosa, bem como o IV Plano Nacional contra a Violência Doméstica. Existem organizações a nível internacional como a Comissão Europeia dos Direitos

Humanos (2012) que abordam a violência na área da pessoa idosa que dão indicações para garantir boas práticas. Questiono-me porque tanto se fala desta realidade e se assume um problema de Saúde Pública e de emergência social, e na prática, as ações são escassas?

Nesta perspetiva e face à necessidade dos enfermeiros precisarem de instrumentos de referenciação, analisei a “Ficha de Sinalização e de Continuidade de Cuidados em Situações de Risco para os Serviços de Urgência” na criança, proposta pela DGS (Anexo X) e adaptei-a para a realidade da pessoa idosa e do SU (Apêndice XXXVI), tendo como finalidade facilitar todo o processo de intervenção do enfermeiro; uma proposta para a chefia do serviço.

No local de ensino clínico ficou ainda disponível um dossier com informação sobre a temática e os instrumentos realizados ao longo do ensino clínico. Estes documentos tornam-se relevantes, pois “não se deve negligenciar o recurso à documentação como meios de desenvolvimento e atualização de conhecimentos” (Hesbeen, 2001, p. 141).

Uma das entidades em Portugal que se preocupa com a violência é a APAV e por essa razão, tive a oportunidade de realizar uma entrevista nessa instituição juntamente com uma colega de mestrado (a trabalhar a área da violência na pessoa idosa dependente no domicílio). Optou-se por uma entrevista semidirigida<sup>85</sup> e foi realizado um guião (Apêndice XXXVII).

A entrevista semidirigida é usada quando se pretende obter informações mais específicas/particulares sobre um tema; permite a expressão dos sentimentos e opiniões, assemelhando-se a uma conversa informal (Fortin, 2009). A entrevista permitiu mobilizar ferramentas de investigação, o que considero uma aprendizagem, bem como os conhecimentos adquiridos que permitiram prestar cuidados de enfermagem e desenvolver o projeto de uma forma mais consistente com a realidade portuguesa e as implicações legais bem presentes. Realço também a importância dos aspetos da comunicação não verbal a ter atenção numa entrevista, o tom de voz, a postura e a colocação das perguntas. Como exercício realizei a

---

<sup>85</sup> Este tipo de entrevista é utilizado quando se pretende “compreender a significação de um acontecimento ou de um fenómeno”; determina-se uma lista de temas a abordar e formula-se questões (Fortin, 2009, p. 377). Recorreu-se a este método por apresentar a vantagem de permitir o “contacto direto com a experiência individual das pessoas” (Fortin, 2009, p. 379 cit. por Laperrière, 2000) e por permitir a obtenção de maior informação sobre situações complexas.



elaboração de um consentimento informado (Apêndice XXXVIII) para a gravação da entrevista.

Na perspectiva do ensino clínico enquanto momento de aprendizagem único, elaborei como mero exercício um pedido de autorização para a Comissão de Ética. Considero que é pertinente ter domínio neste campo pelo papel do enfermeiro especialista na investigação-ação e também no domínio das fases da investigação; foi uma oportunidade única de aprendizagem pelo acompanhamento e esclarecimento da professora orientadora; um exercício difícil sujeito a bastantes remodelações, mas que valeu por todo o caminho realizado na sua elaboração (Apêndice XXXIX).

No ensino clínico na comunidade saliento como aprendizagem major a gestão de uma reunião de enfermagem para discussão<sup>86</sup> de uma situação de vulnerabilidade acrescida<sup>87</sup>, (Apêndice XL) de um cliente seguido em visita domiciliária. Esta reunião permitiu várias aprendizagens: planeamento de uma reunião (Apêndice XLI); capacidade de síntese<sup>88</sup> para expor a situação e apresentar o cliente de modo que toda a equipa ficasse a conhecer a dinâmica e complexidade da situação (Apêndice XLII); e que é necessário “incomodar” os outros para eles reagirem, ou seja, a apresentação da situação permitiu revelar a sua real complexidade e as enfermeiras sentiram necessidade de discutir a situação e propor intervenções. Admiti importante refletir sobre a reunião em si, como espelha o apêndice XLIII.

As reuniões de orientação com a professora orientadora e com as colegas de mestrado foram transversais a todo o ensino clínico e destaco-as como momentos fundamentais de aprendizagem, de estímulo, ânimo e promoção de capacidade reflexiva e crítica. A partilha de informação sobre o projeto, a forma de o

---

<sup>86</sup> O objetivo major da reunião prendia-se com a discussão de uma situação de cuidados, procurando-se alternativas. Nesse sentido, optou-se por uma metodologia tipo estudo de caso através de uma apresentação.

<sup>87</sup> A situação selecionada para a reunião prendeu-se com a vulnerabilidade acrescida de uma família na medida que, existe dois recetores de cuidados: o Sr. M. (pessoa idosa com doença crónica e dependência) e o filho que nega a doença e cuidados de enfermagem e precisa de ajuda face ao aumento da dependência pelo processo de doença crónica incapacitante. Também pela necessidade emergente de uma intervenção para garantir a segurança de ambos e pela recusa de apoio anteriormente.

<sup>88</sup> Pela complexidade da situação e pela necessidade de enquadrar as colegas que não conheciam o cliente, optou-se por organizar os dados de acordo com Collière, centrando a atenção na pessoa em si (o que sabemos da pessoa; o que sabemos acerca dos que a cercam e do meio; o que sabemos da história da doença), complementando com a teoria de Virgínia Henderson sobre as necessidades humanas básicas, realçando-se as mais alteradas e pertinentes para o cliente.

desenvolver, as atividades planeadas, as experiências já realizadas permitiram-me adquirir conhecimentos para aplicar posteriormente; a discussão de situações da prática de cuidados permitiram-me compreender a pessoa na sua globalidade e mais importante, desbloquear dos cuidados de enfermagem tradicionais e caminhar no rumo do enfermeiro especialista. Uma das ideias que destaco refere-se com a importância de planejar ao pormenor as reuniões e atividades, equacionando várias hipóteses, aprendizagem muito relevante ensinada pela professora orientadora, bem como reconhecer o poder da escrita. As reuniões permitiram-me liberdade na ação e no desenvolvimento do projeto, mas uma liberdade acompanhada, com a professora orientadora sempre presente na retaguarda, exímia no esclarecimento de dúvidas e nas resposta céleres.

Por fim, saliento que as aprendizagens são fundamentais para reflexão na ação. A reflexão na ação pressupõe a articulação de saberes teóricos, já adquiridos e formalizados, com os saberes adquiridos através da ação para a produção de novo conhecimento. Esta conceção representa a rutura com a ideia de se considerar a prática como mera aplicação da teoria (Canário, 2008). Face ao grau de complexidade de cuidados assim como a pressão social para a qualidade e a excelência, exigem-se dos novos profissionais, não só saber e competência (destreza, segurança, atitude, habilidade), mas a capacidade para contribuir para o desenvolvimento da profissão de enfermagem (Abreu, 2003).

## 4- CONCLUSÃO

O envelhecimento da população induz alterações significativas (Paúl, 2005) a nível económico, social e de saúde. Estas têm por base a vulnerabilidade da pessoa idosa face à idade avançada, possibilidade de desenvolver doenças pelo processo de fragilidade e à perda de autonomia nas atividades de vida diárias (WHO, 2011). Assim, não podem agir tão rapidamente como antes para se adaptar e necessitam de ajuda em determinados momentos (Caldas, 2003; Gineste e Pelliser, 2008).

O processo de cuidar da pessoa idosa pela família assume-se como complexo na dimensão relacional devido a uma multiplicidade de fatores que interagem em simultâneo, nomeadamente, fatores individuais da pessoa idosa e do cuidador, fatores relacionais e sociais. Nesta dinâmica, podem surgir situações de stress, sobrecarga e isolamento que poderão originar situações de violência à pessoa idosa.

A violência à pessoa idosa é um fenómeno social e comportamental (Ferraz *et al*, 2009), ao qual os enfermeiros têm de estar sensíveis, encontrarem-se vigilantes e possuírem conhecimentos para a identificação das situações. A evidência revela que os enfermeiros não estão capacitados para esta realidade, na medida que sugere a necessidade de sensibilizar, treinar e educar, inserir esta área nos currículos de formação, tornando-os proativos na identificação da violência à pessoa idosa, nos diferentes contextos de cuidados (Ferreira Alves, 2006).

Com base na preocupação dos enfermeiros responderem de forma eficaz à problemática da violência à pessoa idosa, desenvolvi um projeto de intervenção numa equipa de um Serviço de Urgência. A finalidade do mesmo assentava na melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa vítima de violência e sua família, nomeadamente, maior rigor na identificação de situações de violência e fatores de risco, avaliação das situações tendo por base a autonomia e avaliação multidimensional da pessoa idosa e ação junto da pessoa idosa e cuidador. Este projeto enquadra-se no âmbito da aquisição de competências de enfermeira especialista, preconizando-se a intervenção do enfermeiro especialista em situações complexas de cuidados.

Desenhei o caminho a percorrer para a aquisição de competências baseado em ferramentas de investigação que permitiram maior rigor na avaliação, intervenção e

diagnóstico. Percorri dois caminhos paralelos, um para o desenvolvimento de competências clínicas e outro para o desenvolvimento de competências na área de implementação de um projeto de mudança da prática. E rapidamente percebi que estes dois caminhos não eram indissociáveis, pelo contrário, um permitia aprendizagens para percorrer o outro. Em que sentido?

Através da relação com o cliente e da prestação de cuidados, principalmente nas situações de maior vulnerabilidade e risco de violência (competências clínicas) era-me possível perceber melhor o contexto não só da pessoa idosa e sua família, mas também o contexto inóspito do Serviço de Urgência, a sobrelotação do mesmo, a falta de privacidade do cliente e a falta de tempo para uma entrevista e avaliação mais pormenorizada; percebi a dificuldade de cuidar de forma individualizada perante o que já referi anteriormente; percebi as dificuldades diárias dos colegas na prestação de cuidados e como realizavam a abordagem à pessoa idosa vulnerável: valorizando os sinais objetivos, as lesões, o que era relatado pela pessoa idosa; explorando pouco os fatores de risco e sinais indeléveis de violência; registando alguma informação focada sobretudo na situação atual da doença. De modo a ser mais objetiva e a complementar as minhas perceções, realizei junto da equipa um diagnóstico de situação que corroborou o que tinha experienciado, os enfermeiros valorizavam mais os dados objetivos, o que observavam. Este conjunto de informação e a minha observação atenta permitiram delinear um plano de intervenção junto da equipa, conhecer as suas necessidades, negociar estratégias e intervir.

Através da prestação de cuidados vivenciei as dificuldades das pessoas idosas que vivem sozinhas com algum grau de dependência nas AVD's e AIVD's; vivenciei pessoas idosas a cuidar de pessoas idosas, embora ambos precisassem de ajuda; vivenciei pessoas idosas com demência a viverem sozinhas, em risco, sem soluções sociais; vivenciei pessoas idosas abandonadas pela família no hospital, sem solução aparente para voltarem a ter um lar; vivenciei pessoas idosas com comprometimento cognitivo grave a regressarem ao domicílio sem apoio; vivenciei pessoas idosas desamparadas, cansadas de viver e de sofrer, resignadas a uma cama de hospital; vivenciei cuidadores exaustas, sem apoio e sem conhecimentos; vivenciei pessoas idosas vítimas de violência física pelo marido ou filhos; vivenciei profissionais de

saúde a perpetuar violência ao enviar um idoso de novo para casa, sem condições habitacionais... E em todas estas situações, a reflexão sobre a prática foi fundamental para questionar, planejar uma intervenção possível, aprender.

Esta riqueza de experiências permitiu momentos de partilha com a equipa através de reuniões e de momentos em que acompanhava os colegas de forma intencional para conversar sobre a temática. E perante as situações, os colegas questionavam, refletiam e assim fui intervindo na equipa de enfermagem, sensibilizando, educando, mostrando que era possível ser diferente naquele contexto, evidenciando o trabalho desenvolvido em situações reais.

Os colegas perceberam que era possível intervir com os meios disponíveis, era possível intervir de uma forma eficaz se o enfermeiro avaliasse previamente a pessoa idosa, e só depois a encaminhasse para a assistente social; entenderam a importância do papel do enfermeiro na sugestão de apoios formais e a importância do trabalho em equipa para garantir a diminuição de reinternamentos por motivos de falta de apoios. No entanto precisavam de instrumentos/*checklists* de apoio e por essa razão, elaborei uma lista síntese dos dados mais importantes a ter em conta para a identificação de situações de violência (fatores de risco, sinais objetivos e subjetivos) - uma lista de bolso que foi entregue a cada um. Os colegas apreciaram bastante e tornou-se útil para consulta e uma forma de relembrar o tema.

Desenvolvi ainda um protocolo de intervenção para assegurar uma intervenção eficaz. Para isso foi essencial a colaboração da colega responsável pela humanização, face à sua responsabilização pela avaliação da pessoa idosa e família. Em situações de grande vulnerabilidade ou violência deve ser registada toda a informação, sendo possível realizá-la num documento anexo de sinalização de situações, facilitando a apreciação da intervenção, permitindo auditar a intervenção e refletir sobre o caminho realizado.

Considero que através dos documentos e instrumentos elaborados é possível identificar, sinalizar, referenciar e intervir de uma forma eficaz e simples.

Uma das minhas preocupações residia em basear a prática na evidência, pelo que a procura de artigos científicos e atuais foi uma constante ao longo deste caminho de aprendizagem. A investigação que realizei baseou-se em três eixos: intervenção de enfermagem junto da pessoa idosa vítima de violência e sua família; intervenção de

enfermagem junto da pessoa idosa em situações da prática clínica, nomeadamente, insuficiência respiratória, demência, dor; e intervenção de enfermagem junto do cuidador familiar, nomeadamente na sobrecarga. Os conhecimentos permitiram fundamentar a prática, prestar cuidados de excelência e mostrar à equipa a sua aplicabilidade. A nível pessoal e profissional, a prática baseada na evidência foi algo que ficou “entranhado” na minha prática, evolui bastante na pesquisa; só deste modo é possível o enfermeiro especialista justificar a sua ação na sua área de perícia.

Ao longo deste percurso tive ainda preocupação em entender os diferentes conceitos identificados na literatura que denominam este problema: abuso, maus tratos e violência. Um trabalho árduo e complexo na medida que, semanticamente são diferentes e adquirem especial conotação de acordo com a legislação do país em vigor. Desse modo, recorri à legislação portuguesa que espelha o conceito de violência doméstica como principal na violência intrafamiliar, daí o conceito adotado no relatório. Por outro lado, este conceito é reconhecido pela Organização Mundial de Saúde.

Na elaboração do trabalho tive especial atenção à forma como foi organizado. Na primeira parte objetivei que o leitor adquirisse de forma simples e breve um conjunto de conhecimentos base sobre a violência e a intervenção do enfermeiro na pessoa idosa vítima de violência de modo a ficar enquadrado no tema. Na segunda parte preconizei que o leitor entendesse o caminho percorrido durante o ensino clínico e quais as aprendizagens realizadas; todas as aprendizagens foram fundamentadas e ilustradas por situações reais demonstrando a reflexão sobre a prática, identificadas nos apêndices.

Considero que os objetivos delineados foram atingidos, embora tenha sido naturalmente necessária a alteração de algumas atividades propostas no projeto, situação prevista face à metodologia de trabalho de projeto utilizada. Não foi possível investir muito na continuidade dos cuidados para a comunidade na medida que não existe protocolo de referência entre as unidades da comunidade e hospital e vice-versa. Só foi possível assegurar estas situações nos clientes que me estavam atribuídos através de carta de enfermagem e contacto telefónico com a colega. Embora seja uma necessidade do serviço não foi possível colmatá-la face ao

tempo de duração do projeto. A validação dos fatores de risco em *focus group* era outra atividade preconizada que foi substituída pela elaboração da lista síntese na medida que a WHO tinha publicado uma lista de fatores de risco recente, segundo o Modelo Ecológico. Na intervenção com a equipa, a aplicação do QEEA pela equipa não foi realizada face à sua inexequibilidade na prática clínica pela necessidade de clientes cognitivamente competentes e pelo tipo de perguntas. Por essa razão, a alternativa para a identificação baseou-se na lista síntese de dados elaborada por mim. Estes reajustes representam a sensibilidade à equipa e às suas necessidades, à realidade do contexto e ao ritmo e interesse da equipa.

Deste modo e tendo por base as competências de enfermeiro especialista preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros, realizo uma súmula das aprendizagens mais significativas:

**Área clínica:** conhecer o cliente tendo como referência o pensamento de Collière; elaboração de guião de colheita de dados; avaliação multidimensional da pessoa idosa nomeadamente ao nível das AVD's e AIVD's em todos os clientes que precisavam de ajuda formal ou informal e eram encaminhados para a assistente social ou clientes que viviam sozinhos ou que apresentavam fatores de risco de violência; relação empática e de confiança enfermeiro-cliente; conhecimentos especializados na área da insuficiência respiratória, demência, pessoa em fim de vida e sobrecarga do cuidador; analisar o contexto de vida da pessoa idosa, percebendo se se encontrava em situação de vulnerabilidade, não julgando e intervindo de forma multidisciplinar; gestão de situações complexas; respeito pelos valores éticos; registos de enfermagem objetivos centrados no cliente e na sua perceção sobre o processo de saúde-doença; intervenção do enfermeiro em situações de vulnerabilidade acrescida em particular nas de violência, nomeadamente, na identificação, avaliação e ação.

**Área de implementação de um projeto de mudança da prática na área da violência à pessoa idosa no Serviço de Urgência:** capacidade de proximidade; sensibilização e negociação com a equipa; planeamento de reuniões de enfermagem para discussão de situações complexas de vulnerabilidade acrescida e de violência; planeamento pormenorizado da intervenção junto da equipa; dar especial atenção aos pormenores no planeamento das reuniões (divulgação de

reuniões em locais frequentados pelos enfermeiros; divulgação pessoal, dando a conhecer o projeto; marcar uma hora para reunião facilitadora para todos; equacionar vários cenários possíveis quando se pede colaboração da equipa; importância de definir um compromisso com a equipa; importância da equipa assinar ata como forma de compromisso) e da intervenção (conhecer todos os elementos da equipa; saber rapidamente os seus nomes; disponibilidade para ajudar os colegas e perceber as suas preocupações e ideias relativamente ao tema; perceber quais são os mais interessados e podem ser aliados no projeto; motivar e sensibilizar o chefe de equipa); construção de uma lista síntese de pontos essenciais na identificação precoce de sinais de violência adequada à realidade do contexto do Serviço de Urgência, ou seja, uma lista breve, de fácil consulta e adequada em todos os setores do serviço; ser elemento de referência na área da violência à pessoa idosa para alguns colegas; elaboração de norma de procedimento de enfermagem na violência à pessoa idosa; adaptação de instrumento de referenciação de situações de violência; elaboração de sessão de formação a todos os enfermeiros do SU; capacidade de esclarecer dúvidas e demonstrar com situações reais; elaboração de fluxograma de atuação perante a pessoa idosa vítima de violência.

**Apoio de ferramentas de investigação:** planeamento e realização de entrevista; elaboração de lista síntese de pontos essenciais na identificação precoce de sinais de violência com escala de Likert para avaliação da equipa; revisão sistemática da literatura sobre várias temáticas; apresentação do projeto à comissão de ética para treino.

Destaco ainda como aprendizagens a elaboração de diários de campo e jornais de aprendizagem que se tornaram essenciais para refletir na prática de uma forma organizada e sustentada pela evidência. As reuniões de orientação foram momentos ricos de reflexão e de promoção de competências individuais de líder e de gestão de situações; inculcar motivação também foi uma aprendizagem relevante neste processo, proveniente da professora orientadora, transmitindo que se é capaz mesmo nos momentos mais difíceis e desanimadores. Destaco ainda o conhecimento da realidade do SU e da intervenção realizada à pessoa idosa, uma intervenção muito baseada em cuidados de manutenção face à cronicidade das situações e à fragilidade do cliente, uma perceção nova para mim. O cliente idoso



recorre ao SU previamente aos cuidados do médico e enfermeiro de família, pelo que a prevenção primária assume uma grande representatividade de ações realizadas pelo enfermeiro de humanização, preconizando-se melhorar a qualidade de vida do cliente e intervir em fatores de risco. O enfermeiro de humanização assume um papel fundamental na equipa multidisciplinar na gestão de situações de dependência, vulnerabilidade acrescida, violência, referências para outros serviços e/ou instituições e articulação com a assistente social, um elemento com disponibilidade também para intervir junto da família e dos colegas, dando apoio. Por fim, e a nível pessoal, aprendi a ter ainda mais respeito pela pessoa idosa, por aquilo que ela é enquanto pessoa, mesmo frágil, dependente e vulnerável. E por isso houve mudança do meu olhar, do meu sentir e do meu agir para com ela. Sinto uma enorme gratidão pelos seus ensinamentos, pela forma acolhedora com que me trataram e pelas expressões sentidas dos seus rostos envelhecidos, dos seus olhos cansados e da sua sensibilidade e calor. Porque “cuidar é primeiro, e antes de tudo, um ato de VIDA, no sentido em que cuidar representa uma variedade infinita de atividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar e reproduzir-se” (Collière, 2003, p. 288).

O caminho percorrido foi desafiador e inquietante na medida que foi a minha primeira experiência no desenvolvimento de um projeto, não conhecia a equipa nem o serviço e tinha receio de não conseguir intervir na equipa. Por outro lado, a paixão pela área permitiu-me ser sensível aos colegas e perspicaz, diminuindo as barreiras já identificadas. E o facto da intervenção residir na dignidade da pessoa idosa motivou um maior sentido de responsabilidade da minha parte na capacitação dos colegas, pela importância do problema em si e pelo direito que a pessoa idosa tem de ser acolhida, respeitada e ajudada.

Surgiram algumas dificuldades, nomeadamente, a fase inicial da referência das situações para o enfermeiro de humanização; a não adequação do instrumento planeado; a dificuldade de trabalhar em equipa com a equipa médica e as assistentes sociais de apoio ao SU; a consciencialização de cada um para entender a violência como um problema de enfermagem.

Considero que esta etapa do caminho foi atingida, os enfermeiros tornaram-se sensíveis a este problema e a equipa, após a intervenção, demonstrou dar mais

atenção a dados menos objetivos. No entanto sugiro a continuidade do projeto pela equipa através da uniformização do procedimento e de formação mais específica sobre o tema. Em etapas seguintes seria relevante o envolvimento da equipa multidisciplinar como preconizado pela literatura e a articulação com o enfermeiro da comunidade de uma forma mais simples e integrada, permitindo a continuidade de cuidados e a vigilância dos clientes, por forma a monitorizar e avaliar as intervenções realizadas. E a existência de um enfermeiro de referência na gestão destas situações de vulnerabilidade acrescida perito na área, idealmente com conhecimentos de enfermagem forense à semelhança da atuação nos Estados Unidos da América. A gestão das situações tal como descreve a literatura deve ser integrada numa equipa com elementos peritos na área.

Acrescento a grande utilidade deste projeto para a prática de enfermagem e o facto se ser algo inovador na realidade atual, pelo que considero que deve ser divulgado para a sensibilização de outros profissionais e motivando a percorrer este caminho.

Por fim, saliento a motivação, a paixão pela temática e a capacidade de acreditar que é possível a mudança como motores fundamentais num trabalho deste tipo, em que é necessário cativar, sensibilizar e refletir.

## 5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2003). *Supervisão, Qualidade e Ensinos Clínicos: Que parcerias para a excelência em saúde?* Coimbra: Formasau
- Acierno, R. et al (2001). Prevalence and correlates of emotional, physical, sexual, and financial abuse and potential neglect in the United States: the National Elder Mistreatment Study. *Am J Public Health*. 100 (2), 292-297
- Almeida, L. (2010). Suscetibilidade: novo sentido para a vulnerabilidade. *Revista Bioética*. 18(3), 537-548.
- Anes, C. (2001) – Opiniões e realidades: registos experiencia em registos “sem” processo de enfermagem. *Enfermagem*. 22, 5-6
- Anetzberger, G., Korbin, J., Austin, C. (1994). Alcoholism and elder abuse. *Journal of interpersonal violence*. 9, 194-193
- Anetzberger, G., Dayton, C., McMonagle, P. (1997). A community dialogue series on ethics and elder abuse: Guidelines for decision-making. *Journal of Elder Abuse&Neglect*, 9 (1), 33-50.
- Anetzberger, G. (2000). Caregiving: Primary Cause of Elder Abuse? *Generations*. 24, 46-51
- Anetzeberger, G. et al (2005). Multidisciplinary teams in the clinical management of elder abuse. *Clinical Gerontologist*. 28 (1/2), 157-171
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012a). *Estatísticas APAV. Pessoas idosas vítimas de crime 2000-2011*. Unidade de estatística. Lisboa: APAV. Acedido em 2 de março de 2012. Disponível em [http://apav.pt/apav\\_v2/index.php/pt/](http://apav.pt/apav_v2/index.php/pt/)
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima (2012b). *Estatísticas APAV. Pessoas idosas vítimas de crime e violência 2011*. Fevereiro. Lisboa: APAV. Acedido em 2 de março de 2012. Disponível em <http://www.apav.pt>
- Associação Portuguesa contra a Vítima (2013). *Estatísticas APAV. Relatório Anual 2012.Fevereiro. Lisboa: APAV* Acedido em 16 de junho de 2013. Disponível em <http://www.apav.pt>
- Beaulieu, M., Leclerc, N. (2006). Ethical and Psychosocial Issues Raised by the Practice in Cases of Mistreatment of Older Adults. *Gerontological Social Work*. 46 (3/4), 161-186
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto.
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (1994). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Loures: Lusodidata

- Bernal, A., Gutiérrez, B. (Coords) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Acedido em 2 Janeiro 2012. Disponível em: <http://www.imersomayores.csic.es/documentos/documentos/imsero-malostratos-01.pdf>
- Bomba, P. (2006). Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool: A Practical Clinician's Approach to Identifying Elder Mistreatment. *Journal of Gerontological*. 46 (3/4), 103-122
- Borrallho, O. (2010). *Maus-tratos e negligência a pessoas idosas: Identificação e Caracterização de casos no Serviço de Urgência de um Hospital Central*. Dissertação de Mestrado. Coimbra. Apresentação na Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação – Universidade do Minho
- Blay, S; Espíndola, C. (2007). Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*. 41, 301-306
- Bulman, C. (1994). *Exemplares of reflection: other people can do it, why not to You?* In Palmer, B., Bulman, C. Reflective practice in nursing. The grow of professional practioner. Blackwen Science, 131-153
- Cabete, D. (2004). *O idoso, a doença e o hospital. O impacto do internamento hospitalar no estado funcional e psicológico das pessoas idosas*. Loures: Lusociência
- Caldas, C. (2003). Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cadernos de Saúde Pública*. 19 (3) ,773-781
- Canário, R. (2008). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa
- Capezuti, E. et al (2008). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (3 ed). Springer Publishing Company
- Carney, M., Kahan, F., Paris, B. (2003). Elder Abuse: Is every bruise a sign of abuse? *The Mount Sinai Journal of Medicine*. 70 (2), 69-74
- Carp, F. (1999). *Elder Abuse in the Family: An Interdisciplinary Model for Research*. New York: Springer Publishing Company.
- Champbell, S., Szoeki, C. (2009). Pharmacological treatment of frailty in the Elderly. *Journal of Pharmacy – Practice and Research*. 39 (2)
- Chavez, N. (2002). *Violence against elderly*. Acedido em 15 de março de 2012. Disponível em <http://www.health.org/referrals/resguides.asp>.
- Chesnay, M. (2008) In Chesnay, M., Anderson, B. (Coords). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, practice, and Research* (2 ed), 3-14

- Cohen, M. *et al* (2007). Elder abuse: Disparities between older people's disclosure of abuse, evident signs of abuse, and high risk of abuse. *The American Geriatrics Society*. 55 (8), 1224-1230
- Coler, M., Lopes, M., Moreira, A. (2008). Os profissionais de saúde frente a violência no idoso. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 16(2), 116-122
- Collière, MF. (1999). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: LIDEL
- Collière, MF. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência - 2ª edição
- Comissão dos Direitos Humanos (2012). *Report. Following his visit to Portugal from 7 to 9 May 2012*. Conselho da Europa. Estrasburgo
- Comissão para a Cidadania e Igualdade de Género. (2012). *IV Plano Nacional para a Igualdade – Género, Cidadania e não Discriminação 2011-2013: Relatório intercalar*. Lisboa
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2005). *CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Versão 1.0*. Genebra: Conselho Internacional de Enfermeiros
- Cooper, C. *et al* (2009). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactic Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 21
- Costa, M. (2002). *Cuidar Idosos – Formação, práticas e competências*. Lisboa: Formassau
- Costa, N., Pinto, J., Oliveira, E. (2010). Contextos e determinantes de violência intrafamiliar contra idosos. *Saúde Coletiva*. 43 (7), 206-212
- Couceiro, M. (1996). *Reflexão sobre a prática profissional: uma experiência de formação de professores*. In *Formação, saberes profissionais e Situações de Trabalho*. Lisboa: Universidade de Lisboa.
- Craig, C. (2003). Domestic violence and health professionals: a short study on women's experiences. *Northern Ireland Women's and Federation*. Acedido em 1 de junho de 2012. Disponível em [www.niwaf.org/research](http://www.niwaf.org/research)
- Craig, J., Smith, R. (2004). *Prática baseada na evidência: Manual para Enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- Daly, J., Merchant, M., Jogerst, G. (2011). Elder Abuse Research: A Systematic Review. *Journal of Elder Abuse & Neglect*. 23 (4), 348-365
- Day, C. (2001). *Desenvolvimento profissional de professores. Os desafios da aprendizagem permanente*. Porto: Porto Editora
- Day, V. *et al* (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev. Psiquiatr. RS*. 25 (supl1), 9-21
- Decreto-Lei nº. 161 de 4 de setembro (1996). Diário da República I série, nº.180 (4/9/1996)
- Decreto-Lei nº. 101 de 6 de Junho (2006). Diário da República I série-A, nº. 109 (6/6/2006)
- Despacho Normativo nº.11/2002 de 31 de janeiro (2002). Diário da República (31/1/2002)

- Dias, I. (2004). *Violência na Família. Uma abordagem sociológica*. Porto: Edições Afrontamento
- Dias, A. et al (2001). Registos de enfermagem. *Servir*. 267-271
- Domenico, E., Ide, C. (2003). Enfermagem baseada na evidência: Princípios e aplicabilidades. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*. 11(1), 115-118
- Dong, X., Simon, M. (2008). Is greater social support a protective factor against elder mistreatment?. *Gerontology*. 54, 381-388
- Dossi, A. et al (2007). Responsabilidade do profissional de saúde sobre a notificação de casos de violência doméstica. *Rev. Saúde Pública*. 41(3), 472-477
- Dyer, C., Halphen, J. (2012). Elder mistreatment: abuse, neglect and financial exploitation. Acedido em 1 de maio de 2012. Disponível em <http://www.uptodate.com>
- Erlingsson, C., Carlson, S., Saveman, B. (2006). Perceptions of elder abuse: voices of professionals and volunteers in Sweden – an exploratory study. *Scandinav. Journal Caring Sciences*. 20,151-159
- Erlingsson, C. et al (2012) An international collaborative study comparing Swedish and Japanese nurses' reactions to elder abuse. *Journal of Advanced Nursing*. 68 (1), 56–68.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (2013). *Regulamento de Mestrados*. Lisboa: ESEL.
- Espíndola, C., Blay, S. (2007). Prevalência de maus tratos na terceira idade: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*. 41 (2), 301-306
- Family Caregiver Alliance (2010). *Fact Sheet : Selected Caregiver Statistics*. Family Caregiver Alliance National Center on Caregiving. Disponível em março 2012 em : [http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/print\\_friendly.jsp?nodeid=439](http://www.caregiver.org/caregiver/jsp/print_friendly.jsp?nodeid=439)
- Fernandes, A. (2004). *Quando a vida é longa ... os impactos sociais do aumento da longevidade*. In O sentido das idades da vida – interrogar a solidão e a dependência. (13-36) Lisboa: CESDET.
- Fernández Alonso, M., Herrero-Velázquez, S. (2006a). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (I). *Atención Primaria*. 37 (1), 56-59
- Fernández-Alonso, M., Herrero-Velázquez, S. (2006b). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria*. 37 (2), 113-115
- Ferraz, M. et al (2009). O cuidado de enfermagem a vítimas de violência doméstica. *Cogitare Enfermagem*. 14(4), 755-759.
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Pessoas Idosas. Polícia e Justiça. *Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*. III série, Número especial Temático. Coimbra: Coimbra Editora, pp.133-151

- Ferreira-Alves, J. (2006). *Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para sistematização de uma visão forense dos maus tratos*. In Abrunhosa, R; Machado, C. (Eds). Psicologia Forense. Coimbra: Quarteto
- Figueiredo, M. (2012). *Modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar*. Uma abordagem colaborativa em Enfermagem de Família. Lusociência. Loures
- Fortin, MF. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Fortin, MF. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta
- Freitas, M., Queiroz, T., Souza, J. (2007). Violência contra os idosos: análise documental. *Revista brasileira de enfermagem*. 60 83), 268-272
- Fried, L. (1994). *Frailty*. In Hazzard et al. Principles of geriatric medicine and gerontology. 3ª ed. USA. McGraw-Hill ed.
- Fried L. et al (2001). Cardiovascular Health Study Collaborative Research Group. Frailty in older adults: evidence for a phenotype. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 56(3), 146-56.
- Fulmer, T. (2003). Elder abuse and neglect assessment. *Journal of Gerontological Nursing*, 29 (1), 8-9.
- Fulmer, T. et al (2004). Progress in elder abuse screening and assessment instruments. *JAGS*. 52, 297-304
- Furlow, B. (2010). Domestic violence. *Radiologic Technology*. 82 (2), 133-152
- Galvão, C., Sawada, N. Rossi, L. (2004). Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática de Enfermagem. *Revista Latino-Americana em Enfermagem*. 12(3), 549-46
- Garre-Olmo, J. et al (2009). Prevalence and risk factors of suspected elder abuse subtypes in people aged 75 and older. *Journal American Geriatrics Society*. 57, 815-822
- Gineste, Y.; Pellissier, J. (2008). *Humanidade, cuidar e compreender a velhice*. Lisboa: Instituto Piaget, Piaget Editora.
- Godinho, N. (2012). Guia Orientador para a elaboração de trabalhos escritos, referências bibliográficas e citações: Norma APA. Lisboa: ESEL, Divisão do Centro de Documentação e Bibliotecas
- Gonçalves, C. (2006). Idosos: abuso e violência. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*. 22, 739-745
- Halphen J., Varas G., Sadowsky, J. (2009). Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics*. 64(7), 13-18

- Heath H., Phair L. (2009) The concept of frailty and its significance in the consequences of care or neglect for older people: an analysis. *International Journal of Older People Nursing*. 4, 120–131
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hesbeen, W. (2001). Qualidade em Enfermagem. Pensamento e ação na perspetiva do cuidar. Loures: Lusociência.
- Hogstel, M., Curry, L. (1999). Elder abuse revisited. *Journal of Gerontological Nursing*, 25 (7), 10-18
- Hirsch, C., Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The physician's role. *Wien Klin Wochenschr* 15; 113 (10), 384-392
- Horl, J. (2007). The social construction of violence in old age. *The Journal of Adult Protection*. 9 (1), 33-38
- Honoré, Bernard. (2004). *Cuidar. Persistir em conjunto na existência*. Loures: Lusociência.
- Imaginario, C. (2004). *O idoso dependente em contexto familiar*. Coimbra: Formasau.
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos - Resultados definitivos : Portugal - 2011*. Lisboa: INE. Acedido em 20 de Dezembro 2012. Disponível em: [http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011\\_apresentacao](http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao)
- Jayawardena, M., Liao, S. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine*. 9(1), 127-136
- Karkkainen, O., Bondas, T., Eriksson, K. (2005). Documentation of individualized patient care: a qualitative metasynthesis. *Nursing Ethics*, 12 (2), 123-132
- Kissal, A., Beser, A. (2011). Elder abuse and neglect in a population offering care by a primary health care center in Izmir, Turkey. *Social Work in Health Care*. 50, 158–175
- Kohn , R. et al (2011). Caregiving and Elder Abuse. *Medicine & Health/Rhode Islano*. 94(2), 47-49
- Kosberg, J. et al (2003). Study of elder abuse within diverse cultures. *J Elder Abuse Neglect*. 15, 71–89.
- Lachs, M., Fulmer, T. (1993). Recognizing elder abuse and neglect. *Clin Geriatr Med*. 9, 665-675
- Lachs, M; Pillemer, K. (1995). Abuse and neglect of elderly persons. *New England Journal of Medicine*. 332, 437-443
- Lachs, M. et al (1998). The mortality of elder mistreatment. *Journal of the American Medical Association*. 280 (5), 428-432
- Lancaster, J., Stanhope, M. (1999). *Enfermagem Comunitária*. Loures: Lusodidacta



- Leite, E., Malpique, M., Santos, M. (2001). *Trabalho de projeto1. Aprender por projectos centrados em problemas*. Porto: Edições Afrontamento
- Lynch, V. (2006). *Forensic Nursing*. St. Louis : Elsevier Mosby
- Mahoney, J. (2011).Types of abuse. *Nurs Clin N Am* 46, 385–390. Acedido em 10 de novembro de 2012. Disponível em [www. nursing.theclinics.com](http://www.nursing.theclinics.com)
- Marques, R. (2011). Readmissão dos doentes dependentes no serviço de urgência: estudo de alguns fatores. *Revista de Enfermagem Referência*. III série, 3, 95-104
- Matos, A. (2010). Compreensão do fenómeno dos maus tratos económicos e emocionais a idosos e a decisão no processo de institucionalização – uma realidade portuguesa. *Rev. Kairós Gerontologia*. 13(2), 57-73
- Menezes, M. (1999). *Da violência revelada à violência silenciada*. Dissertação de doutoramento. Ribeirão Preto. Apresentação na Universidade de São Paulo
- Miller, C. (2005). Elder abuse: the nurse's perspective. *Clinical Gerontologist*. 28 (1/2), 105-133
- Minayo, C. (1994). A violência sob a perspetiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*. 10, supl.1, 7-18
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 2 de dezembro de 2012. Disponível em <http://www.dgsaude.min-saude.pt/pns/capa.html>
- Ministério da Saúde (2004). *Programa Nacional de Saúde para as Pessoas Idosas*. Lisboa: Direção Geral de Saúde. Acedido em 2 de dezembro de 2012. Disponível em <http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/1C6DFF0E-9E74-4DED-94A9-F7EA0B3760AA/0/i006346.pdf>
- Morais, I. (2010). Vulnerabilidade versus Autonomia Individual. *Revista Brasileira Saúde Materna Infantil*, 10 (supl 2), S331-S336
- Muehlbauer, M., Crane, P. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing*. 44 (11), 43-48
- Nações Unidas. Centro para o desenvolvimento social e assuntos humanitários. (2003). *Estratégias de combate à violência doméstica: Manual de recursos*. Lisboa Direção Geral da Saúde.
- National Center on Elder Abuse (1998a). The National Elder Abuse Incidence Study – final report. Acedido em 21 de fevereiro de 2012. Disponível em [http://aoa.gov/AoARoot/AoA\\_Programs/Elder\\_Rights/Elder\\_Abuse/docs/ABuseReport\\_Full.p](http://aoa.gov/AoARoot/AoA_Programs/Elder_Rights/Elder_Abuse/docs/ABuseReport_Full.pdf)  
df

- National Center on Elder Abuse (1998b). Types of Elder Abuse in domestic settings. Elder Abuse Information séries nº.1. Acedido em 15 de março de 2012. Disponível em <http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/fact1.pdf>
- National Center on elder abuse (2011a). Elder Abuse/Mistreatment Defined. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: [http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main\\_Site/index.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/index.aspx)
- National Center on elder abuse (2011b). Major Types of Elder Abuse. Acedido em Fevereiro 2012 (última revisão 21/09/2011). Disponível em: [http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main\\_Site/FAQ/Basics/Types\\_Of\\_Abuse.aspx](http://www.ncea.aoa.gov/ncearoot/Main_Site/FAQ/Basics/Types_Of_Abuse.aspx)
- Naughton, C. *et al* (2012). Elder abuse and neglect in Ireland: results from a national prevalence study. *Age and aging*. 41, 98-103
- Naumes, W., Naumes, M. (1999). *The art and craft of case writing*. Philadelphia
- Nightingale, F. (2005). *Notas sobre Enfermagem*. Loures: Lusociência
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Oliveira, J. (2009). *Sistema de Informação*. Acedido em 16 de fevereiro de 2013. Disponível em: <http://xa.yimg.com/kq/groups/22755187/1481008806/name/Proc.Neg.Atividade.pdf>.
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento concetual. Enunciados descritivos*. Lisboa: Conselho de Enfermagem. Acedido em 30/06/2012. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/PadroesqualidadeCuidadosEnfermagem.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista. Assembleia Geral de 29 de Maio de 2010. Acedido em 10/05/2011. Disponível em [http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento\\_competencias\\_comuns\\_enfermeiro.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_competencias_comuns_enfermeiro.pdf).
- Ortmann, C. *et al* (2001). Fatal neglect of the elderly. *Journal of legal Medicine*. 114 (3), 191-193
- Paixão Jr., Reichenheim, M. (2006). Uma revisão sobre instrumentos de rastreamento de instrumentos de violência doméstica contra o idoso. *Cad. de Saúde Pública*. 22 (6), 1137-1149
- Paúl, C. (2005). *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. Departamento de Ciências do Comportamento. ICBAS-UP, 275-287

- Penhale, B. (2010). Responding and intervening in elder abuse and neglect. *Ageing Int.* 35, 235-252
- Perel-Levin, S. (2008). *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Geneva: World Health Organization. Obtido a Novembro 2011: [http://www.who.int/ageing/publications/Discussing\\_Elder\\_Abuseweb.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf)
- Pereira Lopes, M. (2007). *Proteger a identidade da pessoa idosa no hospital. Um desafio ao cuidado de enfermagem*. Dissertação de doutoramento. Porto. Apresentação no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Universidade do Porto
- Pérez-Rojo, G. *et al* (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*. 49, 17-21
- Petriz, G., Tamer, N. (2007) in Osório, A., Pinto, F. (Coords). *As pessoas idosas. Contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Horizontes pedagógicos. Instituto Piaget
- Phelan, A. (2000). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal of Community Nursing*. 15 (10), 472-478
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal Community Nursing*. 15 (10), 472-478
- Plitnick, K. (2008). Elder abuse. *AORN Journal*. 87 (2), 422-427
- PORDATA. (2013). Base de Dados Portugal Contemporâneo. Acedido em 1 de abril de 2013. Disponível em <http://www.pordata.pt/Europa/Indice+de+envelhecimento-1609>
- Price, B. (2006). Exploring person-centred care. *Nursing Standard*. 20 (50), 49-56
- Quinn, M., Tomita, S. (1997). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies*. (2 ed) New York: Springer Publishing Company
- Quivy, R., Campenhoudt, L. (2003). *Manual de investigação em ciências sociais*. 3ª ed. Lisboa: Gradiva
- Ramos, S. (2008). *Introdução à Metodologia do Trabalho de Projecto*.
- Ramsey-Klawnsnik, H. (2000). Elder Abuse offenders: a typology. *Generations*. 24(2), 17-22
- Reay, C., e Browne, K. (2001). Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly dependants. *Aging&Mental Health*. 5 (1), 56-62
- Resolução do Conselho de Ministros n.º 100 de 17 de dezembro. (2010). IV Plano Nacional Contra a Violência Doméstica. Diário da República 1ª série, nº. 243 (17/12/2010)
- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 65–72
- Rovi, S. *et al* (2009). Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalization with elder abuse and neglect diagnoses. *Journal of Elder Abuse&Neglect*. 21(4), 346-359

- Ruivo M., Ferrito C., Nunes L. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea descritiva de Etapas. *Percursos* (5), 1-37. Acedido em 10/07/2011, Disponível em: [http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Saint-Exupéry, A. (2007). *O Príncipezinho*. Editorial Presença. 27ª edição. Fevereiro. Barcarena
- Sandmoe, A., Kikevold, M. (2010). Nurse's clinical assessments of older clients who are suspected victims of abuse: an exploratory study in community care in Norway. *Journal of Clinical Nursing*. 20, 94-102
- Sanmartin, R., Torner, A., Izquierdo, P., Solé, C., Torrelas, R. (2001). Violência doméstica: prevalência de suspeita de maltrato a ancianos. *Atención primaria*, 27 (5), 331-334
- Santos, E. (2009). *A Aprendizagem pela Reflexão em Ensino Clínico - Estudo Qualitativo na Formação Inicial em Enfermagem*. Dissertação de Doutoramento. Aveiro. Apresentação na Universidade de Aveiro, Departamento de Didática e Tecnologia Educativa
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa:
- Simpson, M. (2009). Identifying, reporting and preventing elder abuse in the practice setting. *Nursing Older People*. 21(1), 33-39
- Siqueira, A. *et al* (2004). Impacto Funcional da Internação hospitalar de Pacientes Idosos. *Revista de Saúde Pública*. 38 (5), 687-694.
- Symes, L. (2011). *Abuse across the lifespan: prevalence, risk, and protective factors*. Acedido em 1 de maio de 2012. Disponível em [www.nursing.theclinics.com](http://www.nursing.theclinics.com)
- Soares, J. *et al* (2010). *Abuse and health in Europe*. Kaunas, Lithuanian University of Health Sciences Press
- Souza, J., Freitas, M., Queiroz, T. (2007). Violência contra idosos: análise documental. *Rev. Brasileira de Enfermagem*. 60 (3), 268-272
- Stanhope, M.; Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária – Promoção da Saúde de Grupos, Família e Indivíduos*. 4ªed. Loures: Lusociência.
- Thobaben, M. (2001). Mistreatment of Elders by Family Members. *Home Care Provider*, 6 (4)
- Thompson, C., Learmonth, M. (2004). Como podemos desenvolver uma cultura baseada na evidência? In: *Prática baseada na evidência. Manual para enfermeiros* (pp. 211-239). Camarate: Lusociência
- Torres, M., Reis, M. (2000). Reflexão sobre a importância dos registos de enfermagem. *Revista Sinais Vitais*. 41, 57-59
- Tortosa, M. (2004). *Personnas mayores y malos tratos*. Madrid: Psicologia Pirâmide
- Wang, J. *et al* (2007). Development and Testing of Screening Indicators for psychological Abuse of Older People. *Archives of Psychiatric Nursing*. 21, 40-47

- White, S. (2000). Elder abuse: critical care nurse role in detection. *Critical Care Nursing Quarterly*. 23 (2), 20-25
- Wieland, D. (2000). Abuse of older persons: an overview. *Holistic Nursing Practice*. 14, 40-50
- Willianson, G; Shaffer, D. (2001). Relationship quality and potentially harmful behaviors by spousal caregivers: how we were then, how we are now. The family relationship in late life project. *Psychology Aging*, 16
- Wiglesworth, A. *et al* (2010). Screening for abuse and neglect of people with dementia. *The American Geriatrics Society*. 58, 493-500
- Wolf, R., Pillermen, K. (1989). *Helping elderly victims. The reality of elder abuse*. New York. Columbia Press
- Wolf R. (1995). Maltrato del anciano. In: Perez E., Galinsky D., Martinez,F., Salas, A., Ayendez, M. *La atencion de los ancianos: un desafio para los años noventa* (35-42). Washington
- Wolf, R. (1998). Domestic elder abuse and neglect. In Nordhus, I., VandenBos, G., Berg, S., Fromholt. P. (Eds). *Clinical Geropsychology*. Washington: American Psychological Association
- World Health Organization, (1996). Global consultation on violence and health. Violence: a public health priority. Geneva: WHO. Acedido em 15 de novembro de 2011. Disponível em [http://search.who.int/search?q=Global+consultation+on+violence+and+health.+Violence%3A+a+public+health+priority.&ie=utf8&site=who&client=\\_en&proxystylesheet=\\_en&output=xml\\_no\\_dtd&oe=utf8&getfields=doctype](http://search.who.int/search?q=Global+consultation+on+violence+and+health.+Violence%3A+a+public+health+priority.&ie=utf8&site=who&client=_en&proxystylesheet=_en&output=xml_no_dtd&oe=utf8&getfields=doctype)
- World Health Organization (1999). Men Ageing And Health. Geneva: WHO. Acedido em 22 de outubro de 2010. Disponível em: [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_NMH\\_NPH\\_01.2.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_NPH_01.2.pdf)
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health*. Geneve, Switzerland, pp. 1-19; 123-143. Acedido em 15 de janeiro de 2011. Disponível em [http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2002/9241545615_eng.pdf)
- World Health Organization (2005). Prevenção de doenças crónicas: um investimento vital.. Acedido em: 10 de maio de 2010. Disponível em: [http://www.who.int/chp/chronic\\_disease\\_report/part1\\_port.pdf](http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1_port.pdf).
- World Health Organization (2011). *European report and preventing elder maltreatment*. Acedido em 3 de dezembro de 2011. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)

- Yaffe, M. *et al* (2008). Development of a tool to improve physician identification of elder abuse. The Elder Abuse Suspecion Index (EASI). *Journal of Elder Abuse and Neglect*. 20 (3), 276-300
- Zamboni, C. *et al* (2011). Violência contra idoso: um velho estigma. *Cogitare Enfermagem*. 16(4), 634-639
- Ziminski, C., Phillips, L. (2011). The nursing role in reporting elder abuse: specific examples and interventions. *Journal of Gerontological Nursing*. 37 (11), 19-23

**ANEXOS**

**ANEXO I – BARREIRAS NA NOTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE  
VIOLÊNCIA**



## Barreiras na notificação de situações de violência

Profissionais de saúde	Pessoa idosa	Agressor
Assunto da responsabilidade da Justiça e da Segurança Pública	Não reconhecimento da violência	Negação
Medo de discutir as experiências de violência	Sentimentos de culpa	Isolamento
Valorização da privacidade da vida familiar	Medo de ser responsável pela situação	Medo do fracasso
Falta de conhecimentos sobre violência doméstica	Vergonha	Recusa de qualquer forma de violência
Falta de tempo e de treino	Chantagem emocional	
Falta de conhecimentos sobre serviços de ajuda	Medo de perder o cuidador ou medo da institucionalização	
Falta de respeito pelas vítimas	Alterações cognitivas	
Sentimento de impotência para ajudar	Não dispor de conhecimentos e não conhecer recursos	
Negação da violência	Acreditar que pedir ajuda é sinónimo de isolamento social	
Atitude de distanciamento	Dependência do cuidador	
	Medo de represálias	
	Ninguém acreditar em si	

### Bibliografia:

- Bernal, A., Gutiérrez, B. (Coords) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
- Coler, M., Lopes, M., Moreira, A. (2008). Os profissionais de saúde frente a violência no idoso. *Mudanças – Psicologia da Saúde*. 16(2), 116-122
- Craig, C. (2003). Domestic violence and health professionals: a short study on women's experiences. *Northern Ireland Women's and Federation*. Acedido em 1 de junho de 2012. Disponível em [www.niwaf.org/research](http://www.niwaf.org/research)

- Day, V. *et al* (2003). Violência doméstica e suas diferentes manifestações. *Rev. Psiquiatr. RS.* 25 (supl1), 9-21
- Quinn, M., Tomita, S. (1997). *Elder abuse and neglect: Causes, diagnosis, and intervention strategies.* (2 ed) New York: Springer Publishing Company
- Zamboni, C. *et al* (2011). Violência contra idoso: um velho estigma. *Cogitare Enfermagem.* 16(4), 634-639

## **ANEXO II – NÍVEIS DE PREVENÇÃO DE VIOLÊNCIA**

## Níveis de prevenção de violência

Prevenção	Primordial	Primária	Secundária	Terciária
Objetivos	Diminuição da vulnerabilidade da população idosa, a nível macrossocial.	Evitar o aparecimento de casos de abuso atuando sobre as causas e fatores de risco.	Reduzir a prevalência através da identificação e intervenção precoce de casos ocultos, evitar reincidência e consequências mais graves.	Reduzir a evolução de situações de violência já identificada ou consequências (sequelas) mais graves.
Intervenções	<p><u>Informação</u> - desenvolvimento e modificação da imagem e estatuto da pessoa idosa na sociedade, através da valoração de uma imagem mais realista do envelhecimento e do papel cívico deste grupo populacional</p> <p><u>Formação</u> - aumentar e difundir o conhecimento sobre esta etapa de desenvolvimento junto dos profissionais que lidam com a população idosa, e fomentar a investigação científica nesta área</p> <p><u>Desenvolvimento de estruturas sociais de apoio à pessoa idosa</u>, potenciadoras de um envelhecimento ativo.</p>	<p><u>Sociedade em geral</u> - divulgação de informação sobre o abuso à pessoa idosa, desenvolvimento de programas que promovam o envelhecimento ativo, desenvolver alternativas ao cuidador familiar</p> <p><u>Profissionais</u> - Formação e educação dos profissionais</p> <p><u>Cuidadores Familiares</u> - programas que visam reduzir o stress do cuidador, formação na gestão de comportamentos problemáticos e em estratégias e técnicas de cuidados</p> <p><u>Pessoas Idosas</u> - Sensibilização da população para o abuso, linhas de apoio telefónico, divulgar junto das pessoas idosas materiais que esclareçam os apoios, recursos e serviços existentes ao dispor.</p>	<p><u>Formação dos profissionais</u> no despiste e formas de atuação nestas situações; estabelecer sistemas de referênciação; equipas multidisciplinares; estabelecer protocolos de despiste integrados nas rotinas profissionais nas diversas instituições e serviços; estabelecer elementos de referência nas diversas instituições que possam ser elos de ligação com entidades competentes</p>	<p>Elaboração de protocolos de referênciação entre instituições e serviços com interlocutores de referência;</p> <p>desenvolver/reestruturar serviços de apoio às vítimas (ex. casas de abrigo); protocolos de avaliação multiprofissionais; planejar intervenção de acordo com os recursos disponíveis para apoiar a pessoa idosa, a necessidade de assistência à vítima de abuso e a suas imediatas, prioridade que deve ser dada a esses apoios e recursos.</p>

**Bibliografía:**

Bernal, A., Gutiérrez, B. (Coords) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>

### **ANEXO III - ATENDIMENTO**

## **Atendimento**

No atendimento preconiza-se que o cliente ou a vítima se sinta acolhida, segura e compreendida em todos os momentos de interação com o profissional que vai averiguar a possibilidade de violência. Há aspetos essenciais a ter em conta como assegurar privacidade à pessoa idosa, manter um bom relacionamento desde o primeiro contacto, confiança mútua como imperativo para ser possível notificar a situação (Phelan, 2010; Ferreira-Alves, 2006) e estabelecimento de relação calorosa, de empatia (pode ser necessário mais que um encontro para se estabelecer uma relação de confiança e a pessoa idosa faça autorrevelações) e de suporte (Ferreira-Alves, 2006); respeito pela pessoa idosa em toda a unicidade e totalidade do seu ser (Berger e Poirier-Mailloux, 1994); proporcionar um ambiente calmo, relaxante e sem interrupções, sentindo-se compreendido e não criticado; assegurar confidencialidade; validar os seus sentimentos, especialmente, o medo e identificar-se como alguém que pretende ajudar e apoiar (Bernal e Gutiérrez, 2005; Bomba, 2006). O atendimento deve ser realizado separadamente da família para assegurar expressões de maior honestidade (Welfel, Danzinger e Santoro, 2000 cit. por Ferreira-Alves, 2006). Em suma,

o atendimento constitui-se como um conjunto de competências que devem estar presentes ao longo de toda a avaliação – e não só nos primeiros momentos do contacto – que visa proporcionar condições para a compreensão do utente e para a construção de confiança mútua (Ferreira-Alves, 2006, p.19).

Durante este processo para além das competências interpessoais, o profissional deve ter conhecimento dos recursos sociais, médicos e legais concretos que podem ser sugeridos ao cliente durante o processo ou no momento da finalização. Não se deve adotar estratégias de confrontação com o cliente, na medida que reduzem a quantidade e qualidade da informação solicitada (Wieland, 2000; Bomba, 2006). Deve-se assumir as declarações da vítima como verdadeiras, respeitar o idoso, cuidador, crenças espirituais e culturais e clarificar que não está sozinho, há ajuda disponível (Bomba, 2006).

**Bibliografia:**

- Bernal, A., Gutiérrez, B. (Coords) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (1994). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Lusodidacta. Loures
- Bomba, P. (2006). Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool: A Practical Clinician's Approach to Identifying Elder Mistreatment. *Journal of Gerontological*. 46 (3/4), 103-122
- Ferreira-Alves, J. (2006). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para sistematização de uma visão forense dos maus tratos. In Abrunhosa, R., Machado, C. (Eds). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto
- Phelan, A. (2010). Elder abuse and the community nurse: supporting the patient. *British Journal Community Nursing*. 15 (10), 472-478
- Wieland, D. (2000). Abuse of older persons: an overview. *Holistic Nursing Practice*. 14, 40-50



## **ANEXO IV – ENTREVISTA**

## Entrevista

O enfermeiro deve dispor de algumas estratégias para a entrevista à pessoa idosa de modo a facilitar esta interação, nomeadamente, dar especial atenção à comunicação não-verbal: postura relaxada, tom de voz baixo, expressão facial, mostrar atenção, revelar uma atitude tranquila (Bernal e Gutiérrez, 2005), dar confiança e facilitar a expressão de sentimentos e garantirem confidencialidade (Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006), A entrevista à pessoa idosa deve ser realizada separadamente do cuidador possibilitando comparar a história e proteger a vítima (Jayawardena e Liao, 2006; Muehlbauer e Crane, 2006; Wieland, 2000; Fernández-Alonso e Herrero-Velazquéz, 2006); local privado (Muehlbauer e Crane, 2006).

A linguagem deve ser clara e simples (Fernández-Alonso e Herrero-Velazquéz, 2006), repetir as ideias e realizar uma síntese final para assegurar que a informação está correta (Bernal e Gutiérrez, 2005); formular perguntas abertas para possibilitar abertura para contar a sua história (Bernal e Gutiérrez, 2005; Fernández-Alonso e Herrero-Velazquéz, 2006), perguntas gerais sobre o seu bem-estar (Muehlbauer e Crane, 2006), por fatores de risco (Fernández-Alonso e Herrero-Velazquéz, 2006) e não ameaçadoras (Bomba, 2006).

A sensibilidade para realizar as perguntas é determinante para diminuir a acusação das perguntas. A pergunta “ Sente-se seguro em casa?” deve substituir a pergunta “ Sente-se posto em perigo por outra pessoa em sua casa?” (Welfel, Danzinger & Santoro, 2000 cit. por Ferreira-Alves, 2006). Exemplos de perguntas a fazer à possível vítima: “Quem guarda o seu livro de cheques? Sente controlo das suas finanças ou está satisfeito com a forma como estão a ser geridas?”; “ Tem com frequência desacordos com \_\_\_\_\_ (pessoa que presta cuidados ou que pode estar a praticar violência) ”; Quando vocês discordam de \_\_\_\_\_o que é que acontece? Ao cuidador pode-se fazer a seguinte pergunta: “ Cuidar de um pai com doença de Alzheimer deve ser muito difícil. Alguma vez perdeu o controlo?” (Ferreira-Alves, 2006, pp.20-23).

Existe um conjunto de perguntas recomendado para o despiste durante a entrevista: (1) Alguém lhe fez mal em casa?; (2) Tem medo de alguma das pessoas que vivem

consigo?; (3) Já foi ameaçado?; (4) Já foi forçado a assinar documentos que não entende?; (5) Alguém já lhe colocou dificuldades para ser autosuficiente? (AMA, 1992).

White (2000) também recomenda algumas questões: “Sente-se seguro em casa?; O que acontece quando o cuidador discorda de si?; É deixado sozinho por longos períodos de tempo?; O cuidador depende de si para abrigo ou apoio financeiro?”

Lynch (2006) sugere que se pergunte: “Que dificuldade experienciou recentemente em sua casa?; Alguém lhe coloca dificuldades em casa?; Toma alguma medicação?; Quem prepara as refeições?; É capaz de pagar todas as suas despesas?; Depende de alguém para o ajudar?; Qual o seu plano de segurança?”

Durante a entrevista, os profissionais devem ser capazes de avaliar e sentirem-se confortáveis relativamente ao ato de violência (Wieland, 2000).

### **Bibliografia:**

American Medical Association. (1992). *Diagnostic and treatment guideline on elder abuse and neglect*. Chicago: American Medical Association

Bernal, A., Gutiérrez, B. (Coords) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>

Bomba, P. (2006). Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool: A Practical Clinician's Approach to Identifying Elder Mistreatment. *Journal of Gerontological*. 46 (3/4), 103-122

Fernández-Alonso, M; Herrero-Velázquez, S. (2006b). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria*. 37 (2), 113-115

Ferreira-Alves, J. (2006). Avaliação do abuso e negligência de pessoas idosas: contributos para sistematização de uma visão forense dos maus tratos. In Abrunhosa, R; Machado, C. (Eds). *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto

Jayawardena, M., Liao, S. (2006). Elder abuse at end of life. *Journal of Palliative Medicine*. 9 (1), 127-136

- Muehlbauer, M., Crane, P. (2006). Elder abuse and neglect. *Journal of Psychosocial Nursing*. 44 (11), 43-48
- White, S. (2000). Elder abuse: critical care nurse role in detection. *Critical Care Nursing Quarterly*. 23 (2), 20-25
- Wieland, D. (2000). Abuse of older persons: an overview. *Holistic Nursing Practice*. 14, 40-50

## **ANEXO V – BARREIRAS NA IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA**

## **Barreiras na identificação de situações de violência**

Existe uma multiplicidade de barreiras que os profissionais de saúde colocam referentes à não identificação de situações de violência na pessoa idosa: falta de tempo; falta de formação; falta de conhecimentos sobre fatores de risco e sinais de alerta; falta de protocolos para detecção, avaliação e intervenção; falta de meios adequados para diagnóstico: rápidos, fáceis e universais; assumir que a família presta bons cuidados; incredulidade; não dispor de diretrizes de confidencialidade; medo que a agressividade aumente para com a pessoa idosa; não se envolver em situações legais; desconhecimento de recursos de apoio; escassa consciencialização sobre o tema; manter atitudes como ambivalência, renitência; tendência a culpar; crenças acerca de si próprio; dificuldade em determinar só com uma visita se o idoso tem capacidade de autocuidado e proteção; desejo de salvaguardar os desejos do cliente; medo de retaliação; falta de conhecimento na comunicação (Bernal e Gutiérrez, 2005; Thobaben, 2001; Halphen, Varas e Sadowsky, 2009); assumir como um assunto privado da família que deve ser resolvido na mesma; e falta de percepção da gravidade da situação (Ko e Hoh, 2012).

A nível social salienta-se a insuficiente informação, os valores culturais (Bernal e Gutiérrez, 2005) e o idadismo (Phelan, 2008 e 2009; Bernal e Gutiérrez, 2005; Thobaben, 2001).

### **Bibliografia:**

- Bernal, A., Gutiérrez, B. (Coords) (2005). *Malos tratos a personas mayores: Guía de actuación*. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales Familias y Discapacidad, IMSERSO. Obtido a 2 Janeiro 2012 em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/imserso-malostratos-01.pdf>
- Halphen J., Vargas G., Sandusky J. (2009). Recognizing and reporting elder abuse and neglect. *Geriatrics*. 64(7), 13-18.
- Kop, C., Kohl, C-H. (2012). Factors related to Korean nurse's willingness to report suspected elder abuse. *Asian Nursing Research*. 6, 115-119

- Phelan A. (2008). Elder abuse, ageism, human rights, and citizenship: implications for nursing discourse. *Nursing Inquiry*. 15, 320–329
- Phelan, A. (2009). Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of older person. *International Journal of Older People Nursing*, 115-119
- Thobaben, M. (2001). *Mistreatment of Elders by Family Members*. *Home Care Provider*, 6 (4)

**ANEXO VI – SINAIS ESPECÍFICOS DE VIOLÊNCIA SEGUNDO A  
TIPOLOGIA**



## Sinais específicos de violência segundo a tipologia

TIPOS DE VIOLÊNCIA	SINAIS
<b>FÍSICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Múltiplas escoriações em estádios de evolução diferentes e em locais não visíveis e não usuais</li> <li>• Lesões figuradas</li> <li>• Lesões decorrentes de quedas</li> <li>• Evidência de ferimentos antigos não documentados</li> <li>• Nariz ou dentes partidos</li> <li>• Evidência radiográfica de fraturas antigas desordenadas</li> <li>• Ausência de próteses dentárias ou auditivas</li> <li>• Efeitos de sobre ou submedicação: sedação, confusão, quedas</li> <li>• Alopecia (cabelos arrancados num local)</li> <li>• Contusões, equimoses, arranhões, entorses, rasgos na pele, feridas, queimaduras, marcas de restrição física, cicatrizes inexplicáveis</li> </ul>
<b>EMOCIONAL OU PSICOLÓGICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas de desamparo ou desesperança</li> <li>• Labilidade emocional</li> <li>• Depressão</li> <li>• Perda de apetite</li> <li>• Alterações do sono</li> <li>• Isolamento (evitar contacto da família e amigos)</li> <li>• Medo</li> <li>• Ansiedade</li> <li>• Recusa inexplicável em participar em atividades normais</li> </ul>
<b>NEGLIGÊNCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Higiene pessoal pobre</li> <li>• Vestir inadequadamente face às condições ambientais</li> <li>• Exposição a situações perigosas por ausência de supervisão</li> <li>• Falta de ortóteses (óculos, bengala, andarilhos, entre outros)</li> <li>• Ambiente/domicílio sujo, cheiro nauseabundo</li> <li>• Domicílio sem condições de saneamento</li> <li>• Ausência de cuidados de saúde, falta de tratamento</li> <li>• Desnutrição; refeições inadequadas; peso baixo</li> <li>• Desidratação</li> <li>• Deficiente saúde oral/ Ausência de reabilitação protética</li> <li>• Úlceras de pressão</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioração do estado de saúde</li> <li>• Contraturas</li> <li>• Pele irritada por urina/eritema da fralda</li> <li>• Uso inadequado de medicamentos</li> <li>• Isolamento social</li> <li>• Abandono no hospital ou ficar sem supervisão durante um longo período de tempo</li> </ul>
<b>EXPLORAÇÃO FINANCEIRA OU MATERIAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso, venda ou transferência de dinheiro, propriedades ou outros bens sem consentimento</li> <li>• Assinatura forjada e/ou falsa de cheques ou outros documentos</li> <li>• Contas de cartão de crédito de roupa ou eletrodomésticos que não possam ser frequentados pelo idoso</li> <li>• Transferências súbitas ou inexplicáveis para a família ou alguém de fora</li> <li>• Levantamento de dinheiro de contas bancárias (sem conhecimento do idoso)</li> <li>• Operações legais de uma pessoa idosa com incapacidade cognitiva</li> <li>• Alterações súbitas e inesperadas no testamento ou documentos legais ou financeiros</li> <li>• Pagamento indevido de bens e serviços</li> <li>• Serviços desnecessários</li> <li>• Incapacidade súbita para pagar as contas</li> <li>• Falta de comida em casa</li> <li>• Falta de medicação</li> </ul>
<b>SEXUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Roupa interior manchada de sangue</li> <li>• Roupa interior rasgada</li> <li>• Comportamento ansioso quando alguém a/o despe ou a/o toca</li> <li>• Lesões peri seios, genitais ou região interna das coxas</li> <li>• Doenças sexualmente transmissíveis inexplicáveis</li> <li>• Hemorragia vaginal ou anal inexplicável</li> <li>• Dificuldade de permanecer sentado ou de pé sem evidência de doença musculoesquelética</li> </ul>

**Bibliografia:**

- Anetzberger, G. (2001). Elder abuse identification and referral: the importance of screening tools and referral protocols. *Journal of elder abuse and neglect*, 13
- Baptista, I. et al (2009). *Violência contra mulheres idosas em contexto familiar: reconhecer e agir*. Comissão Europeia
- Bomba, P. (2006). Use of a Single Page Elder Abuse Assessment and Management Tool: A Practical Clinician's Approach to Identifying Elder Mistreatment. *Journal of Gerontological*. 46 (3/4), 103-122
- Ferreira-Alves, J. (2004). Factores de Risco e Indicadores de Abuso e Negligência de Pessoas Idosas. Polícia e Justiça. *Revista do Instituto Superior de Polícia Judiciária e Ciências Criminais*, III série, Número especial Temático. Coimbra Editora, 133-151
- Fulmer, T., Billy, F., Caceres, A. (2012). *Elder mistreatment and abuse: detection of elder mistreatment*. Acedido em 3 de outubro de 2012. Disponível em <http://www.uptodate.com>.
- National Center on Elder Abuse. Elder Abuse Information series nº.1 – *Types of Elder Abuse in domestic settings*. Disponível em <http://www.ncea.aoa.gov/Resources/Publication/docs/fact1.pdf>
- Perel-Levin, S. (2008) – *Discussing Screening for Elder Abuse at Primary Health Care level*. Geneva: World Health Organization. Obtido a Novembro 2011: [http://www.who.int/ageing/publications/Discussing\\_Elder\\_Abuseweb.pdf](http://www.who.int/ageing/publications/Discussing_Elder_Abuseweb.pdf)

## **ANEXO VII – ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI)**

## ELDER ASSESSMENT INSTRUMENT (EAI)

<b>I. General Assessment</b>	<b>Very good</b>	<b>Good</b>	<b>Poor</b>	<b>Very poor</b>	<b>Unable to assess</b>
1.Clothing					
2.Hygiene					
3.Nutrition					
4.Skin integrity					
5.Additional Comments:					
<b>II. Possible Abuse Indicators</b>	<b>No evidence</b>	<b>Possible evidence</b>	<b>Probable evidence</b>	<b>Definite evidence</b>	<b>Unable to assess</b>
6.Bruising					
7.Lacerations					
8.Fractures					
9.Variou stages of healing of any bruises or fractures					
10.Evidence of sexual abuse					
11.Statement by elder re: abuse					
12. Additional Comments:					
<b>III. Possible Neglect Indicators</b>	<b>No evidence</b>	<b>Possible evidence</b>	<b>Probable evidence</b>	<b>Definite evidence</b>	<b>Unable to assess</b>
13.Contractures					
14.Decubiti					
15.Dehydration					
16.Diarrhea					
17.Depression					

18.Impaction					
19.Malnutrition					
20.Urine burns					
21.Poor hygiene					
22.Failure to respond to warning of obvious disease					
23.Inappropriate medications (under/over)					
24.Repetitive hospital admissions due to probable failure of health care surveillance					
25.Statement by elder re: neglect					
26. Additional Comments:					
<b>IV. Possible Exploitation Indicators</b>	<b>No evidence</b>	<b>Possible evidence</b>	<b>Probable evidence</b>	<b>Definite evidence</b>	<b>Unable to assess</b>
27.Misuse of money					
28.Evidence of financial exploitation					
29.Reports of demands for goods in exchange for services					
30.Inability to account for money/property					
31.Statement by elder re: exploitation					
32.Additional Comments:					
<b>V. Possible Abandonment Indicators</b>	<b>No evidence</b>	<b>Possible evidence</b>	<b>Probable evidence</b>	<b>Definite evidence</b>	<b>Unable to assess</b>
33.Evidence that a caretaker has withdrawn care precipitously without alternate arrangements					
34.Evidence that elder is left alone in an unsafe environment for extended periods of time without adequate support					

35. Statement by elder re: abandonment					
36. Additional Comments:					
VI. Summary	No evidence	Possible evidence	Probable evidence	Definite evidence	Unable to assess
37. Evidence of abuse					
38. Evidence of neglect					
39. Evidence of Exploitation					
40. Evidence of Abandonment					

**Comments and Follow up:**

#### **Bibliografia:**

Fulmer, T. (2008). Screening for Mistreatment of Older adults -The Elder Assessment Instrument can alert nurses to signs of abuse, neglect, and exploitation. *American Journal Nursing*, 108 (12), 52-59. Acedido em 15 de dezembro de 2012. Disponível em <http://nursing.ceconnection.com/nu/ovidfiles/00000446-200812000-00027.pdf>

**ANEXOS VIII – ESCALAS PARA A AVALIAÇÃO  
MULTIDIMENSIONAL DA PESSOA IDOSA**



**Mini Mental State Examination (MMSE)**

( Folstein, Folstein e McHugh, 1975)

**1. ORIENTAÇÃO** (1 ponto por cada resposta certa: 0 - 10 pontos)

- Em que ano estamos?
- Em que mês estamos?
- Em que dia do mês estamos?
- Em que dia da semana estamos?
- Em que estação estamos?
- Em que país estamos?
- Em que distrito é que vive?
- Em que terra vive?
- Em que casa estamos?
- Em que andar estamos?

Total orientação: \_\_\_\_\_

**2. RETENÇÃO** (1 ponto por cada palavra corretamente repetida: 0 – 3 pts)

- Vou dizer três palavras: quero que as repita, mas só depois de eu as dizer todas. Procure ficar a sabê-las de cor – pêra; gato; bola

Total retenção: \_\_\_\_\_

**3. ATENÇÃO E CÁLCULO** (1 ponto por cada resposta correta: 0 – 5 pts)

- Se a pessoa der uma resposta errada mas depois continuar a subtrair bem, consideram-se as seguintes como corretas. Parar ao fim de cinco respostas.
- Pedir à pessoa para iniciar a subtração

30-3 \_\_\_\_ 27-3 \_\_\_\_ 24-3 \_\_\_\_ 21-3 \_\_\_\_ 18-3 \_\_\_\_

Total atenção e cálculo \_\_\_\_

**4.EVOCAÇÃO** (1 ponto por cada resposta correta: 0 – 3 pts)

Veja se consegue dizer as 3 palavras que pedi há pouco para decorar:  
pêra; gato; bola

Total evocação: \_\_\_\_\_

**5.LINGUAGEM** (1 ponto por cada resposta correta: 0 – 8 pts)

Como se chama a isto? Mostrar os objetos: relógio e lápis (2 pts)

Repita a frase que eu vou dizer: O rato roi a rolha (0-1 pt)

Quando eu lhe der esta folha de papel, pegue nela com a mão direita, dobre-a ao meio e coloque-a sobre a mesa (cama). Dar a folha com as duas mãos (0-3 pts)

Pega com a mão direita na folha

Dobra a folha ao meio

Coloca a folha onde deve

Leia o que está neste cartão e faça o que lá diz. Mostrar um cartão com a seguinte frase bem legível: feche os olhos. Sendo analfabeto lê-se a frase à pessoa

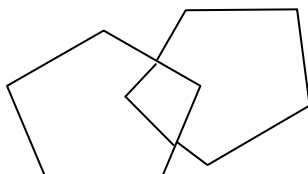
Fechou os olhos ( 1 pt)

Escreva uma frase inteira aqui. Deve ter sujeito e verbo e fazer sentido; os erros gramaticais não prejudicam a pontuação (1 pt)

Total linguagem \_\_\_\_\_

**6.HABILIDADE CONSTRUTIVA** (1 ponto pela cópia correta: 0-1 ponto)

A pessoa deve copiar um desenho. Dois pentágonos parcialmente sobrepostos; cada um deve ficar com 5 lados; dois dos quais interseccionados. Não valorizar tremor ou rotação.



Cópia:

Total habilidade construtiva \_\_\_\_\_

**Total MMS (máx.30 pts) \_\_\_\_**

**Interpretação para a população portuguesa – valores a partir dos quais se considera defeito cognitivo:**

Analfabetos:  $\leq 15$  pontos

1 a 11 anos de escolaridade:  $\leq 22$

Escolaridade superior a 11 anos:  $\leq 27$

**Bibliografia:**

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel

Folstein, M., Folstein, S., McHugh, P. (1975). A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*. 12, 189-198

Guerreiro, M. e Col. (1994). Adaptação à população Portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*

***Escala de avaliação da demência (CDR)***

(Huges e col. 1982 e Morris, 1983)

**Pontuação:** A memória (M) é a categoria primária e as restantes categorias secundárias (CS). Sendo a memória categoria principal tem primazia sobre as outras. Assim, se três categorias têm a mesma pontuação que a memória, esta define o estado geral. Se existem mais de três categorias com valores superiores aos da memória, prevalece esse valor.

	GRAU DE DEMÊNCIA				
	SAUDÁVEL (0)	SUSPEITA (0.5)	LIGEIRA (1)	MODERADA (2)	GRAVE (3)
MEMÓRIA	Sem perda de memória ou esquecimentos ligeiros e inconstantes	Esquecimentos ligeiros e consistentes; recordação parcial dos acontecimentos. Esquecimento benigno	Perda de memória moderada mais acentuada para factos recentes, o defeito interfere com as atividades do dia-a-dia	Perda grave da memória, apenas permanece o material muito aprendido; o novo material perde-se rapidamente	Grave perda de memória, só permanecem fragmentos

<b>ORIENTAÇÃO</b>	Bem orientado	Bem orientado, com ligeira dificuldade nas relações temporais	Dificuldade moderada com as relações de tempo; orientado no espaço durante a observação, pode apresentar desorientação geográfica noutros locais	Dificuldade grave nas relações temporais; quase sempre desorientado no tempo e muitas vezes no espaço	Apenas orientado quanto à pessoa
<b>JUÍZO E RESOLUÇÃO DE PROBLEMAS</b>	Resolve bem os problemas do dia-a-dia, lida bem com os assuntos de negócio e dinheiro. O juízo crítico é bom, tendo em conta o desempenho anterior	Ligeira dificuldade em resolver problemas, semelhanças e diferenças	Moderada dificuldade em resolver problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente mantido	Dificuldades graves em resolver problemas, semelhanças e diferenças. Juízo social geralmente diminuído	Incapaz de resolver problemas ou de ter qualquer juízo crítico

<b>ATIVIDADES SOCIAIS</b>	Independente na sua atividade profissional habitual, compras, voluntariado e atividades sociais	Ligeira dificuldade nessas atividades	Incapaz de funcionar independentemente nessas atividades, embora ainda possa desempenhar algumas. Numa avaliação superficial parece normal	Sem possibilidades de um desempenho fora de casa	
				Parece suficientemente bem para ser levado a atividades fora de casa	Tem um aspeto demasiado doente para poder ser levado a atividades fora de casa
<b>ATIVIDADE DOMÉSTICA E RECREATIVA</b>	Vida de casa, passatempos e interesses intelectuais mantidos	Vida de casa, passatempos e interesses intelectuais ligeiramente afetados	Diminuição ligeira mas evidente na realização das atividades em casa; abandono das mais complicadas; os passatempos e interesses intelectuais mais complicados são também abandonados	Só realiza as tarefas mais simples. Interesses muito limitados e pouco mantidos	Sem qualquer atividade significativa em casa
<b>CUIDADO PESSOAL</b>	Capacidade completa para cuidar de si		Necessita de ser lembrado	Requer assistência no vestir, higiene e guarda dos objetos pessoais	Requer muita ajuda nos cuidados pessoais. Incontinência frequente

**Pontuação global:**

- **Memória (M)** \_\_\_\_\_
- **Categorias secundárias (CS)** \_\_\_\_\_

**Bibliografia:**

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Editora

***Escala de depressão geriátrica – versão curta***

( Sheikh e Yesavage, 1986 - Versão curta)

		Sim	Não
1	Está satisfeito(a) com a sua vida?		
2	Sente a sua vida vazia?		
3	Fica muitas vezes aborrecido(a)?		
4	Anda incomodado(a) com pensamentos que não consegue afastar?		
5	Está bem disposto(a) a maior parte do tempo?		
6	Sente-se feliz a maior parte do tempo?		
7	Sente-se muitas vezes desamparado(a)?		
8	Fica muitas vezes inquieto(a)? e nervoso(a)?		
9	Acha que tem mais dificuldades de memória do que a maioria das pessoas		
10	Sente-se muitas vezes desanimado(a) e abatido(a)?		
11	Sente-se inútil?		
12	Acha a sua vida interessante?		
13	Aflige-se muitas vezes com pequenas coisas?		
14	Sente muitas vezes vontade de chorar?		
15	Tem dificuldade em se concentrar?		

Contar 1 ponto para cada resposta com conotação depressiva

**Pontuação total:** \_\_\_\_\_ / 15



**Interpretação:**

De 0 a 5 pontos: exame normal

De 6 a 9 pontos: depressão leve

Superior a 10 pontos: depressão

**Bibliografia:**

Yesavage J., Brink, T., Rowe, T. et al. (1989). Development and validation of a geriatric depression screening scale. *J. Psychiatr Res.* 17:37

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Editora

***Índice de Barthel***  
(Versão adaptada por Sequeira, 2007)

Itens	ABVD	Cotação
<b>Alimentação</b>	INDEPENDENTE (capaz de usar qualquer instrumento. Come num tempo razoável)	<b>10</b>
	NECESSITA DE AJUDA (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>
<b>Vestir</b>	INDEPENDENTE (veste-se, despe-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	<b>10</b>
	NECESSITA DE AJUDA (Pelo menos em metade das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>
<b>Banho</b>	INDEPENDENTE (Toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda de terceiros)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>
<b>Higiene corporal</b>	INDEPENDENTE (Lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>
<b>Uso da casa de banho</b>	INDEPENDENTE (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	<b>10</b>
	NECESSITA DE AJUDA (Para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>
<b>Controlo intestinal</b>	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou clisteres, fá-lo sozinho)	<b>10</b>
	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou clisteres)	<b>5</b>
	INCONTINENTE FECAL	<b>0</b>
	INDEPENDENTE (Não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de sonda ou coletor, fá-lo sozinho)	<b>10</b>

<b>Controlo vesical</b>	INCONTINENTE OCASIONAL (Episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou coletor)	<b>5</b>
	INCONTINENTE OU ALGALIADO	<b>0</b>
<b>Subir escadas</b>	INDEPENDENTE (Sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	<b>10</b>
	NECESSITA DE AJUDA (Necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>
<b>Transferência cadeira-cama</b>	INDEPENDENTE (Não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	<b>15</b>
	NECESSITA DE AJUDA MÍNIMA (Ajuda mínima e supervisão)	<b>10</b>
	NECESSITA DE GRANDE AJUDA (É capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>
<b>Deambulação</b>	INDEPENDENTE (Caminha pelo menos 50m sozinho ou com ajuda de andador, canadianas)	<b>15</b>
	NECESSITA DE AJUDA (Caminha 50m com ajuda ou supervisão)	<b>10</b>
	INDEPENDENTE COM CADEIRA DE RODAS (Anda pelo menos 50m)	<b>5</b>
	DEPENDENTE	<b>0</b>

### **Interpretação de resultados/nível de dependência:**

90-100: Independente

60-89: Ligeiramente dependente

40-55: Moderadamente dependente

20-35: Severamente dependente

<20: Totalmente dependente

### **Bibliografia:**

Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Editô

***Índice de Lawton***  
(Versão adaptada por Sequeira, 2007)

itens		Cotação
<b>Cuidar da casa</b>	Cuida da casa sem ajuda	1
	Faz tudo excepto o trabalho pesado	2
	Só faz tarefas leves	3
	Necessita de ajuda para todas as tarefas	4
	Incapaz de fazer alguma tarefa	5
<b>Lavar a roupa</b>	Lava a sua roupa	1
	Só lava pequenas peças	2
	É incapaz de lavar a roupa	3
<b>Preparar as refeições</b>	Planeia, prepara e serve sem ajuda	1
	Prepara se lhe derem os ingredientes	2
	Prepara pratos pré cozinhados	3
	Incapaz de preparar refeições	4
<b>Fazer as compras</b>	Faz as compras sem ajuda	1
	Só faz pequenas compras	2
	Faz as compras acompanhado	3
	É incapaz de ir às compras	4
<b>Uso do telefone</b>	Usa-o sem dificuldade	1
	Só liga para lugares familiares	2
	Necessita de ajuda para o usar	3
	Incapaz de usar o telefone	4
<b>Uso de transporte</b>	Viaja em transporte público ou conduz	1
	Só anda de táxi	2
	Necessita de acompanhamento	3
	Incapaz de usar o transporte	4
	Paga as contas, vai ao banco, etc.	1

<b>Uso do dinheiro</b>	Só em pequenas quantidades de dinheiro	<b>2</b>
	Incapaz de utilizar o dinheiro	<b>3</b>
<b>Responsável pelos medicamentos</b>	Responsável pela medicação	<b>1</b>
	Necessita que lhe preparem a medicação	<b>2</b>
	Incapaz de se responsabilizar pela medicação	<b>3</b>

### **Interpretação de resultados:**

8 pontos – Independente

9 a 20 pontos - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda

> 20 pontos - Severamente dependente, necessita de muita ajuda

### **Bibliografia:**

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Lawton, M. Brody, T. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist*. 9, 179-186.

Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.

### **Escala de Braden**

(Barbara Braden e Nancy Bergstrom (1987); Carlos Margato, Cristina Miguéns, João Gouveia, Kátia Furtado e Pedro Ferreira (2001))

<b>Percepção sensorial</b> Capacidade de reação significativa ao desconforto	<b>1. Completamente limitada:</b> Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agarra a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU Capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	<b>2. Muito limitada:</b> Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU Tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	<b>3. Ligeiramente limitada:</b> Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU Tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades	<b>4. Nenhuma limitação:</b> Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
<b>Humidade</b> Nível de exposição da pele à humidade	<b>Pele constantemente húmida</b> A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detetada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	<b>Pele muito húmida</b> A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	<b>Pele ocasionalmente húmida</b> A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	<b>Pele raramente húmida</b> A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
<b>Atividade</b>	<b>Acamado:</b> O doente está confinado à cama.	<b>Sentado:</b> Capacidade de marcha gravemente limitada ou	<b>Anda ocasionalmente:</b> Por vezes caminha durante o dia, mas	<b>Anda frequentemente:</b> Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e

Nível de atividade física		inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado	dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
<b>Mobilidade</b> Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	<b>Completamente imobilizado:</b> Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	<b>Muito limitada:</b> Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	<b>Ligeiramente limitado:</b> Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	<b>Nenhuma limitação:</b> Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
<b>Nutrição</b> Alimentação habitual	<b>Muito pobre</b> Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lacticínios). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU Está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soros durante mais de cinco dias	<b>Provavelmente inadequada</b> Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lacticínios. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU Recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	<b>Adequada</b> Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lacticínios). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU É alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	<b>Excelente</b> Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lacticínios). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.

<p><b>Fricção e forças de deslizamento</b></p>	<p><b>Problema:</b> Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasticidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.</p>	<p><b>Problema potencial:</b> Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.</p>	<p><b>Nenhum problema:</b> Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correta posição na cama ou cadeira.</p>	
--	---	--	---	--

### Bibliografia:

Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Ferreira, P., Miguéns, C., Gouveia, J., Furtado, K. (2007). *Risco de desenvolvimento de úlceras de pressão: Implementação nacional da escala de Braden*. Loures: Lusociência.



***Índice de Tinetti***  
(Tinetti, Williams e Mayewski, 1986)

**Teste do equilíbrio**

( Instruções: a pessoa encontra-se sentada numa cadeira rígida sem braços)

<b>1.Equilíbrio sentado</b>	0– Inclina-se ou desliza na cadeira 1– Estável, seguro
<b>2.Levanta-se da cadeira</b>	0– Incapaz sem ajuda 1– Capaz, usa membros superiores para auxiliar 2– Capaz de se levantar, uma tentativa
<b>3.Tentativas para se levantar</b>	0– Incapaz sem ajuda 1– Capaz, requer mais de uma tentativa 2– Capaz de se levantar, uma tentativa
<b>4.Equilíbrio de pé imediato</b> (primeiros 5 seg)	0 – Instável (cambaleia, move os pés, oscila o tronco) 1 – Estável, mas usa dispositivo de auxílio à marcha 2– Estável, sem dispositivo de auxílio
<b>5.Equilíbrio de pé</b>	0 – Instável 1 – Instável, mas aumenta a base de suporte (entre os calcanhares maior que 10 cm de afastamento) e usa dispositivo de auxílio 2 – Diminuição da base sem dispositivo de auxílio
<b>6. Desequilíbrio no esterno</b> (utente na posição de pé com os pés o mais próximos possível, o examinador empurra suavemente o utente na altura do esterno com a palma da mão 3 vezes seguidas)	0 – Começa a cair 1 – Cambaleia, agarra-se e segura-se em si mesmo 2 – Estável
<b>7. Olhos fechados</b>	0 – Instável 1 – Estável

<b>8. Girar 360º</b>	0 – Instabilidade (agarra-se, cambaleia) 1 – Passos descontínuos 2 - Continuidade
----------------------	---

### Teste da marcha

(Instruções: Utente de pé com o examinador, caminha num corredor ou sala, primeiro no seu ritmo normal, e em seguida rápido, porém muito seguro, com os dispositivos de auxílio à marcha usuais)

<b>1. Iniciação da marcha</b>	0 – Imediato e após a ordem “vá” (qualquer hesitação ou múltiplas tentativas para iniciar) 1 – Sem hesitação
<b>2. Comprimento e altura do passo</b>	a) Perna direita sem balanceio 0 – Não passa o membro esquerdo 1 – Passa o membro esquerdo 0 – Pé direito não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé direito afasta-se completamente do solo b) Perna esquerda em balanceio 0 – Não passa o membro direito 1 – Passa o membro direito 0 – Pé esquerdo não se afasta completamente do solo com o passo 1 – Pé esquerdo afasta-se completamente do solo
<b>3. Simetria do passo</b>	0 – Passos direito e esquerdo, iguais 1 – Passos direito e esquerdo, parecem iguais
<b>4. Continuidade do passo</b>	0 – Parada ou descontinuidade entre os passos 1 – Passos parecem contínuos
<b>5. Desvio da linha recta</b> (distância aproximada de 3 m x 30 cm)	0 – Desvio marcado 1 – Desvio leve e moderado ou usa dispositivo de auxílio à marcha
<b>6. Tronco</b>	0 – Oscilação marcada ou usa dispositivo de auxílio à marcha 1 – Sem oscilação, mas com flexão de joelhos, dor lombar ou afasta os braços enquanto anda 2 – Sem oscilação, sem flexão, sem uso dos braços ou de dispositivo de auxílio à marcha

**Score total:** \_\_\_\_\_ (máx. 28 pontos)

**Interpretação de resultados/nível de dependência:**

A pontuação total é de 28 pontos e é obtida através da soma das pontuações do equilíbrio do corpo (16 pontos) e da marcha (12 pontos).

Acima de 24 pontos: baixo risco de queda

19 e 24 pontos: risco moderado de queda

Inferior a 19 pontos: alto risco de queda

**Bibliografia:**

Apóstolo, João (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sousa, C., Oliveira, S., Marques, T., & Apóstolo, J. L., (in press). Mobilidade, avaliação do risco e prevenção de quedas em idosos. *Referência*. Resumos do II Congresso de Investigação em Enfermagem Ibero-Americano e de Países de Língua Oficial Portuguesa.

Tinetti, M. (1986). Performance-oriented assessment of mobility problems in elderly patients. *The Journal of the American Geriatric Society*. 34 (2), 119-126.

**Mini nutritional assessment – Avaliação global**  
( Nestlé Nutritional Institute)

AVALIAÇÃO GLOBAL
<p><sup>G</sup> O doente vive em sua casa (exclui-se hospital ou lar de idosos)</p> <p>0 = sim                                      1 = não</p>
<p><sup>H</sup> Utiliza mais de 3 medicamentos diferentes por dia?</p> <p>0 = sim                                      1 = não</p>
<p><sup>I</sup> Lesões de pele ou escaras?</p> <p>0 = sim                                      1 = não</p> <p>não</p>
<p><sup>J</sup> Quantas refeições faz por dia?</p> <p>0 = 1 refeição</p> <p>1 = 2 refeições</p> <p>2 = 3 refeições</p>
<p><sup>K</sup> O doente consome:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pelo menos 1 porção diária de leite ou derivados    S/N</li> <li>• 2 ou mais porções semanais de leguminosas ou ovos    S/N</li> <li>• Carne, peixe ou aves todos os dias    S/N</li> </ul> <p>0.0 = nenhuma ou uma resposta “sim”</p> <p>0.5 = 2 respostas “sim”</p> <p>1.0 = 3 respostas “sim”</p>
<p><sup>L</sup> O doente consome duas ou mais porções diárias de fruta ou produtos hortícolas?</p> <p>0 = não      1 = sim</p>
<p><sup>M</sup> Quantos copos de líquidos (água, sumo, café, chá, leite) o doente consome por dia?</p> <p>0.0 = menos de 3 copos</p> <p>0.5 = 3-5 copos</p> <p>1.0 = mais de 5 copos</p>
<p><sup>N</sup> Modo de se alimentar</p> <p>0 = não é capaz de se alimentar sozinho</p> <p>1 = alimenta-se sozinho, porém com dificuldade</p> <p>2 = alimenta-se sozinho sem dificuldade</p>
<p><sup>O</sup> O doente acredita ter algum problema nutricional?</p> <p>0 = acredita estar desnutrido</p> <p>1 = não sabe dizer</p> <p>2 = acredita não ter um problema nutricional</p>

<p><sup>P</sup> Em comparação a outras pessoas da mesma idade, como o doente considera a sua própria saúde?</p> <p>0.0 = pior</p> <p>0.5 = não sabe</p> <p>1.0 = igual</p> <p>2.0 = melhor</p>
<p><sup>Q</sup> Perímetro braquial (PB) em cm</p> <p>0.0 = PB&lt;21</p> <p>0.5 = 21&lt;PB&lt;22</p> <p>1.0 = PB&gt;22</p>
<p><sup>R</sup> Perímetro da perna (PP) em cm</p> <p>0 = PP&lt;31</p> <p>1 = PP&gt;31</p>
<p style="text-align: right;"><b>Avaliação Global (máx.16 pts) ____</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Score de triagem ____</b></p> <p style="text-align: right;"><b>Score total (máx.30 pts) ____</b></p>

### Interpretação:

24-30 pontos: estado nutricional normal

17-23.5 pontos: sob risco de desnutrição

Menos de 17 pontos: desnutrido

### **Mini nutritional assessment - Triagem**

( Nestlé Nutritional Institute)

TRIAGEM
<sup>A</sup> Nos últimos 3 meses houve diminuição da ingestão alimentar devido a perda de apetite, problemas digestivos ou dificuldade para mastigar ou deglutir? 0 = diminuição severa da ingestão 1 = diminuição moderada da ingestão 2 = sem diminuição da ingestão
<sup>B</sup> Perda de peso nos últimos 3 meses 0 = superior a 3 Kg 1 = não sabe informar 2 = entre 1-3 Kg 3 = sem perda de peso
<sup>C</sup> Mobilidade 0 = restrito ao leito ou à cadeira de rodas 1 = deambula mas não é capaz de sair de casa 2 = normal
<sup>D</sup> Passou por algum stress psicológico ou doença aguda nos últimos 3 meses? 0 = sim                      1 = não
<sup>E</sup> Problemas neuropsicológicos 0 = demência ou depressão graves 1 = demência leve 2 = sem problemas psicológicos
<sup>F</sup> Índice de massa corporal ( $IMC = \text{peso} / \text{estatura}^2$ ) 0 = $IMC < 19$ 1 = $19 < IMC < 21$ 2 = $21 < IMC < 23$ 3 = $IMC > 23$
<b>Score de triagem (máx.14 pontos) = ____</b>

#### **Interpretação:**

12-14: estado nutricional normal

8-11: sob risco de desnutrição

0-7: desnutrido

**Bibliografia:**

- Vellas B. *et al* (2006). Overview of the MNA - Its History and Challenges. *J Nutr Health Aging*. 10, 456-465
- Rubenstein L. *et al* (2001). Screening for Undernutrition in Geriatric Practice: Developing the Short-Form Mini Nutritional Assessment (MNA-SF). *J. Geront.* 56, 366-377
- Guigoz Y. (2006). The Mini-Nutritional Assessment. Review of the Literature - What does it tell us? *J Nutr Health Aging*. 10, 466-487

***Entrevista de Zarit para a sobrecarga do cuidador***  
( Sequeira, 2007) – versão portuguesa (Zarit e Zarit, 1983)

	<b>Nunca (1)</b>	<b>Quase nunca (2)</b>	<b>Às vezes (3)</b>	<b>Muitas vezes (4)</b>	<b>Quase sempre (5)</b>
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que necessita?					
2. Já não dispõe de tempo suficiente para as suas tarefas?					
3. Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar?					
4. Sente-se envergonhado(a) pelo comportamento do seu familiar?					
5. Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?					
6. A relação com familiares e amigos está afetada de forma negativa?					
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?					
8. Pensa que o seu familiar depende de si?					
9. Sente-se esgotado(a) por estar junto do seu familiar?					
10. Cuidar do seu familiar afeta a sua saúde?					
11. Considera que não tem uma vida privada como desejaria devido ao seu familiar?					



12. Pensa que as suas relações sociais foram afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?					
13. Não se sente à vontade em convidar amigos para irem lá a casa devido ao seu familiar?					
14. Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem ele pudesse contar?					
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas que tem?					
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?					
17. Sente que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se ter manifestado?					
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?					
19. Sente-se inseguro(a) acerca do que deve fazer com o seu familiar?					
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?					
21. Pensa que poderia cuidar melhor do seu familiar?					
22. Em geral, sente-se muito sobrecarregado(a) por cuidar do seu familiar?					

**Interpretação dos resultados:**

<46 – sem sobrecarga

46-56 - sobrecarga ligeira

>56 – sobrecarga intensa

**Bibliografia:**

Apóstolo, J. (2011). *Instrumentos para avaliação em geriatria*. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sequeira C. (2007). *O Aparecimento de uma Perturbação Demencial e suas Repercussões na Família*. Tese de Doutoramento. Apresentada no Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade de Porto, Porto.

Sequeira C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Editora.

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Revista Referência*. II Série, 12, 9-16.

Zarit, S., Zarit, J. (1983). *The memory and Behavior problems checklist - and the burden interview*. Technical report, Pennsylvania State University.

## **ANEXO IX – QUESTIONS TO ELICIT ELDER ABUSE (QEEA)**

**Questions to Elicit Elder Abuse (QEEA)**  
(Carney, Kahan & Paris, 2003; Traduzido por Ferreira-Alves e Sousa, 2005)

		Sim	Não
1	Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços?		
2	No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo?		
3	Atualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo?		
4	Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la?		
5	As pessoas que vivem consigo ou a pessoa que cuida de si, depende de si para ter um lugar onde habitar ou para ter apoio financeiro?		
6	No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento?		
7	Atualmente sente-se sozinho(a)?		
8	No último ano alguma vez foi ameaçado(a) de que seria castigado(a) ou privado(a) das coisas que gosta, ou ainda de que seria posto(a) num lar para pessoas idosas?		
9	No último ano aconteceu-lhe não lhe terem prestado atenção ou ter sido ignorado(a) por alguém quando o que esperava era que falassem ou conversassem consigo?		
10	No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer?		
11	Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte:  - Discussões verbais violentas		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conversações tranquilas</li> <li>- Agressões físicas</li> <li>- Ameaças</li> <li>- Abandono/isolamento</li> <li>- Não surgem conflitos</li> <li>- Outros: _____</li> </ul>		
<b>12</b>	Atualmente sente medo de alguém em sua casa?		
<b>13</b>	No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém?		
<b>14</b>	No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto?		
<b>15</b>	- No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão?		

## Bibliografia

Ferreira-Alves; J., Sousa, M. (2005). Indicadores de maus-tratos a pessoas idosas na cidade de Braga: estudo preliminar. *Sociologia*, 15, 303-313.

**APÊNDICE X – FICHA DE SINALIZAÇÃO E DE CONTINUIDADE DE  
CUIDADOS EM SITUAÇÕES DE RISCO PARA OS SERVIÇOS DE  
URGÊNCIA ( NA CRIANÇA)**

**- Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares -**

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM			
Nome		<input type="checkbox"/> Sexo Masc. <input type="checkbox"/> Sexo Fem.	Data Nasc. / /
			Idade anos e meses
Morada (rua, nº e andar)		Localidade	Cod. Postal -
Telefone	Telemóvel		Nº Utente
Centro de Saúde		Jardim-de-infância/Escola	
Médico de Família			
Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável		Outras Informações de Interesse	
N.º Irmãos Coabitantes:			
B – DADOS DA SINALIZAÇÃO			
<b>Instituição Sinalizadora:</b>  <b>Contactos da Instituição:</b> <div> <div>Telefone</div> <div>Telemóvel</div> <div>Email</div> <div>Fax</div> </div> Morada  <b>Profissional que sinaliza:</b>  <b>Contactos:</b>  <b>Data de sinalização:</b> /    /  <b>Data do primeiro contacto com a família na situação em análise</b> /    /			
C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO			
Mau trato físico;	<input type="checkbox"/>	Negligência;	<input type="checkbox"/>
Mau trato psicológico / emocional;	<input type="checkbox"/>	Abandono;	<input type="checkbox"/>
Abandono afetivo;	<input type="checkbox"/>	Disfuncionalidade parental/familiar;	<input type="checkbox"/>
Abuso sexual (suspeita);	<input type="checkbox"/>	Abuso sexual (confirmado);	<input type="checkbox"/>
Problemas comportamentais – agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora;	<input type="checkbox"/>	Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia, ...);	<input type="checkbox"/>
Comportamentos aditivos nos cuidadores	<input type="checkbox"/>	Absentismo escolar sem justificação	<input type="checkbox"/>

(álcool, substâncias ilícitas, jogo, ...);			
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo;	<input type="checkbox"/>	Problema de saúde grave na criança/irmãos	<input type="checkbox"/>
Violência doméstica	<input type="checkbox"/>	Risco de Mutilação Genital Feminina	<input type="checkbox"/>
Outros motivos:	<input type="checkbox"/>	Comentários:	
<b>Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou fatores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.</b>			
<b>Tipo de Suspeição:</b> <input type="checkbox"/> Suspeita <input type="checkbox"/> Observação isolada <input type="checkbox"/> Observação reiterada		<b>Evidência</b> <input type="checkbox"/> Observação isolada <input type="checkbox"/> Observação reiterada	
<b>Tipo de Intervenção:</b> de <input type="checkbox"/> Ligeira <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Severa <input type="checkbox"/> Muito Severa			
<b>D – INICIATIVAS ATUAIS E/OU MEDIDAS TOMADAS</b>			
Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Iniciativas atuais / Medidas já tomadas:</b> <input type="checkbox"/> Encaminhamento para Urgência ; <input type="checkbox"/> Apoio junto de outro familiar ; <input type="checkbox"/> Contacto com Psicólogo <input type="checkbox"/> Contacto com Serviço Social ; <input type="checkbox"/> Contacto com outras Instituições / Núcleos da Rede / Parceiros ; <input type="checkbox"/> Contacto com Consulta de Especialidade ; <input type="checkbox"/> Internamento em Serviço Hospitalar: ; <input type="checkbox"/> Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal; <input type="checkbox"/> Contacto com CPCJ ; <input type="checkbox"/> Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) ; <input type="checkbox"/> Acionado Artigo 91º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo eminente; <input type="checkbox"/> Outros:			
Técnico Responsável pelo plano:			
Data de Inicio da Implementação do Plano:    /    /			
A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Porquê?			



**E – MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO?**

☐ Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pelo NACJR/NHACJR

☐ Não, pretendo a intervenção do NACJR/ NHACJR. Justifique

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de **PERIGO**, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de atuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), assumir-se-á automaticamente como **Gestor de Caso**.

## NACJR/NHACJR- FICHA DE SINALIZAÇÃO

### FINALIDADE:

A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção concertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

Esta Ficha destina-se a intervenções que visam prevenir ou abordar as situações de risco psicossocial, desproteção ou mau trato. Qualquer **profissional de saúde** pode preenchê-la. Assim, este instrumento deve ser utilizado para:

1. **Sinalização para os Núcleos – Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) / Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR);**

2. **Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial;**

As intervenções podem realizar-se dentro de uma mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a atuação de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACJR / NHACJR.

## INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO

### A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM

Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para os quais se solicita a colaboração de outro profissional ou sector do SNS.

No campo “**Idade**”, dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança.

No campo “**Jardim-de-Infância/Escola**”, dever-se-á indicar o nome da escola e outros dados mais específicos, se disponíveis.

No campo “**Dados da mãe/pai ou pessoa responsável**”, caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos.

No campo “**Outras informações de interesse**” poder-se-á referir a Nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes.

### B – DADOS DA SINALIZAÇÃO

Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data da sinalização ao NACJR/NHACJR e os dados que permitam a identificação da instituição e do profissional que a inicia e/ou que se mantém como responsável pelo caso.

### C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO

Neste campo dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo “**Comentários**” poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de sinalização.

Desta secção da Ficha de Sinalização e Articulação, também faz parte a “**Lista de sinais, sintomas, indicadores e fatores de risco observados**” que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco observado (potencial ou instaurado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao “**Tipo de Suspeição**” e ao “**Tipo de Intervenção**”. Quanto ao Tipo de Intervenção, considere: **LIGEIRA** - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; **MODERADA** - quando necessita de uma intervenção mais específica; **SEVERA** - quando a situação implica medidas de promoção e proteção; **MUITO SEVERA** - quando a criança/jovem se encontra em perigo.

### D – ATUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS

Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis atuações realizadas atual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/secutores que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo.

### E – PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO NACJR/NHACJR

Se a resposta for “Sim”, a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos.

Se a resposta for “Não”, indicar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação).

## INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO

- 1) A Ficha será sempre enviada, preferencialmente por correio eletrónico, ao NACJR/NHACJR para fins estatísticos.
- 2) Quando solicitada colaboração a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACJR/NHACJR), preferencialmente por correio eletrónico;
- 3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem;

## ANEXO - Suspeita de Maus tratos

### Sintomas / Sinais / Indicadores

#### INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Por favor, assinale os campos que considere presentes na sua observação (um ou vários).

No campo “**Outros**”, poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.

Toda a informação constante na ficha é Confidencial.

#### Físicos

Hemorragias conjuntivais;	<input type="checkbox"/>
Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações);	<input type="checkbox"/>
Traumatismo crânio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade sem uma explicação consistente;	<input type="checkbox"/>
Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas;	<input type="checkbox"/>
Fratura de fêmur em criança que não iniciou marcha;	<input type="checkbox"/>
Fratura de costelas e/ou corpos vertebrais, fratura de metáfise;	<input type="checkbox"/>
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fratura)	<input type="checkbox"/>
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo acidental	<input type="checkbox"/>
Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua...);	<input type="checkbox"/>
Síndrome da criança abanada (sacudida);	<input type="checkbox"/>
Persistência de sintomas de difícil explicação;	<input type="checkbox"/>
Ausência ou demora na procura de cuidados médicos;	<input type="checkbox"/>
Consultas de urgência frequentes, aparentemente sem motivo justificativo;	<input type="checkbox"/>
Intoxicações, sobretudo se ocorrer mais de um episódio;	<input type="checkbox"/>
Síndrome de abstinência;	<input type="checkbox"/>
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...);	<input type="checkbox"/>
Aspeto mal cuidado;	<input type="checkbox"/>
Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade; dieta inadequada ...);	<input type="checkbox"/>
Alopécia traumática por arrancamento, ou por postura prolongada com deformação do crânio;	<input type="checkbox"/>
Cansaço, sonolência e apatia frequentes;	<input type="checkbox"/>
<b>Outros:</b>	

#### Psicológicos/Emocionais

Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa;	<input type="checkbox"/>
Choro incontável no primeiro ano de vida;	<input type="checkbox"/>

Perturbações do comportamento alimentar;	<input type="checkbox"/>
Perturbações do sono;	<input type="checkbox"/>
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese);	<input type="checkbox"/>
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente;	<input type="checkbox"/>
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas;	<input type="checkbox"/>
Automutilação;	<input type="checkbox"/>
Comportamento ou ideação suicida;	<input type="checkbox"/>
Relutância em regressar a casa e/ou fuga;	<input type="checkbox"/>
Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição);	<input type="checkbox"/>
<b>Outros:</b>	

#### Abuso Sexual

Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infeção);	<input type="checkbox"/>
Infeções de transmissão sexual;	<input type="checkbox"/>
Corrimento vaginal persistente ou recorrente;	<input type="checkbox"/>
Presença de esperma no corpo da criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Laceração do hímen;	<input type="checkbox"/>
Hemorragia vaginal ou anal;	<input type="checkbox"/>
Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais;	<input type="checkbox"/>
Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal;	<input type="checkbox"/>
Lesões no pénis ou região escrotal;	<input type="checkbox"/>
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua;	<input type="checkbox"/>
Gravidez;	<input type="checkbox"/>
Condutas sexualizadas;	<input type="checkbox"/>
Prostituição infantil	<input type="checkbox"/>
<b>Outros:</b>	

## Suspeita de Maus tratos Sintomas / Sinais / Indicadores

Na Família ou Criança/Jovem	
Gravidez não aceite/mal vigiada/não vigiada (pedido de aborto, adoção, ...);	<input type="checkbox"/>
Contraceção inadequado/ausente;	<input type="checkbox"/>
Família monoparental sem suporte sociofamiliar sustentável;	<input type="checkbox"/>
Parentalidade precoce, sem suporte sociofamiliar sustentável;	<input type="checkbox"/>
Indisponibilidade para a prestação de cuidados aos dependentes (questão laboral, exiguidade habitacional, conflitos familiares, reclusão, outros);	<input type="checkbox"/>
Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídio do estado (RSI);	<input type="checkbox"/>
Carência de higiene e aspeto descuidado dos pais;	<input type="checkbox"/>
Pais com comportamentos aditivos;	<input type="checkbox"/>
Falta de autoconfiança na prestação de cuidados;	<input type="checkbox"/>
Cuidador com doença mental;	<input type="checkbox"/>
Pais apresentam dificuldades de compreensão;	<input type="checkbox"/>
Situações anteriores de negligência ou mau trato e/ou de retirado poder paternal e/ou outras crianças institucionalizadas;	<input type="checkbox"/>
Violência familiar ou doméstica;	<input type="checkbox"/>
Separação/Divórcio e Conflitos de custódia;	<input type="checkbox"/>
Dificuldade dos pais em aderir às intervenções propostas (consultas, visitas domiciliárias, convocatórias diversas, ...);	<input type="checkbox"/>
Mudança sucessiva de serviços de saúde;	<input type="checkbox"/>
Comportamento conflituoso e/ou agressivo nos serviços;	<input type="checkbox"/>
Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Tentativa de ocultação de sinais de mau trato físico da criança/jovem ou o causador;	<input type="checkbox"/>
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo da lesão;	<input type="checkbox"/>
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação;	<input type="checkbox"/>
Disciplina demasiado rígida e autoritária;	<input type="checkbox"/>
Aparente falta de preocupação com a criança e/ou não prestação da atenção devida;	<input type="checkbox"/>
Proteção excessiva da criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Fuga às responsabilidades parentais e/ou abandono da criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Procura excessiva de cuidados médicos;	<input type="checkbox"/>
Atraso e/ou incumprimento do Programa de Saúde Infantil e Juvenil e/ou do Programa de Vacinação;	<input type="checkbox"/>
Expectativas irrealistas e/ou negativas em relação à criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Desvalorização, rejeição ou culpabilização da criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Vinculação insegura/desorganizada e/ou ausência de manifestações de afeto com a criança/ jovem;	<input type="checkbox"/>

## Suspeita de Maus tratos Sintomas / Sinais / Indicadores

Antecedentes de abuso nos pais, no período da infância;	<input type="checkbox"/>
Ansiedade excessiva perante a educação da criança/jovem;	<input type="checkbox"/>
Famílias naturais dos países onde se pratica a Mutilação Genital Feminina / Viagem da criança ao país de origem sem explicação plausível	<input type="checkbox"/>
<b>Outros:</b>	

Circunstâncias do episódio atual		
<p>Há quanto tempo ocorreu?</p> <p>Local onde ocorreu:</p> <p>Alegado Agressor (indicar sexo, parentesco, antecedentes conhecidos e outra informação relevante):</p> <p>Outra Informação relevante:</p>		
<b>Avaliação de Segurança da criança/jovem se em situação de violência doméstica:</b>		
	Sim	Não
O agressor está aqui, agora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança/jovem tem medo do agressor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança/jovem tem medo de ir para casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A criança assiste a violência doméstica?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O agressor maltrata a criança?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem armas em casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem ameaças de homicídio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existem ameaças de suicídio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
A violência tem aumentado em gravidade?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Existe dependência de substâncias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Já foi discutido um plano de segurança	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Outros:		

### Bibliografia:

Menezes, B., Prazeres, V. (coord.) (2011). *Maus tratos em crianças e jovens - Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção. Ação de saúde para crianças e jovens em risco*. Portugal: Direção Geral de Saúde. Acedido em 10 de dezembro 2012. Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i016079.pdf>

## **APÊNDICES**

**APÊNDICE I – OBJETIVOS E ATIVIDADES PARA O  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS CLÍNICAS**

## **Objetivos e atividades para o desenvolvimento de competências clínicas**

Objetivo geral: Contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da prática de cuidados à pessoa idosa vítima de violência e sua família

### Objetivos específicos:

(1) Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista, na abordagem à pessoa idosa e sua família em contexto hospitalar (Serviço de Urgência) e comunitário

Atividades a desenvolver:

- Revisão da literatura no âmbito da pessoa idosa e da sua avaliação multidimensional
- Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa (com os seguintes critérios: apresentem dor, insuficiência respiratória, acompanhadas por cuidador familiar e existência de suspeita de situação de violência): avaliação multidimensional, identificação de necessidades, intervenções individualizadas e realização de carta de alta para o enfermeiro da comunidade
- Realização de notas de enfermagem
- Realização de diários de campo sobre o desenvolvimento das competências adquiridas enquanto enfermeira especialista

(2) Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista, na abordagem à pessoa idosa vítima de violência ou em risco e sua família que recorram ao SU

Atividades a desenvolver:

- Revisão da literatura no âmbito da pessoa idosa vítima de violência, “assessment”, instrumentos de rastreio, fatores de risco, sinais possíveis de violência e teorias explicativas de violência
- Construção de lista de fatores de risco, em parceria com uma colega de especialidade, tendo por base uma revisão sistemática da literatura \*
- Validação da lista de fatores de risco através de *focus group* \*



- Identificação de fatores de risco potenciadores de violência através da lista de fatores de risco
- Identificação de indicadores de violência através do QEEA\*
- Exploração/identificação de sinais indeléveis de violência
- Prestação de cuidados de enfermagem imediatos resultantes de violência de acordo com as necessidades da pessoa idosa
- Realização de registos de enfermagem
- Realização de carta de encaminhamento e contacto telefónico para a comunidade para garantir a continuidade do acompanhamento da situação para a vítima e cuidador
- Identificação de situações de sobrecarga no cuidador familiar através da aplicação de escala de sobrecarga ao cuidador (Escala de Zarit)
- Acompanhamento da enfermeira de humanização no encaminhamento dos casos à assistente social
- Construção de fluxograma de atuação em situações de violência
- Colaboração com outros profissionais: assistente social e PSP
- Realização de notas de campo que analisem de forma crítica os fatores fomentadores de violência à pessoa idosa e a intervenção do enfermeiro nestas situações
- Realização de três estudos de caso e discussão na equipa

(3) Dar visibilidade à intervenção dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa vítima de violência

Atividades a desenvolver:

- Realização de registos de enfermagem precisos sobre a avaliação inicial; nota de admissão; notas de evolução; avaliação multidimensional da pessoa idosa
- Realização de registos de enfermagem rigorosos na descrição da história de violência, como foi identificada, registo pormenorizado de lesões (localização, dimensão, tipo de tecido presente, evolução cicatricial) e dos sinais identificados

- Realização de quatro cartas de transferência para a comunidade ou unidade de internamento, ou assistente social
- Reflexão escrita sobre quatro das experiências vividas e descritas sobre os melhores meios para concretizar e garantir o processo de continuidade de cuidados
- Realização de entrevistas informais ao enfermeiro da comunidade para avaliar a situação de violência

(4) Conhecer as intervenções de enfermagem junto do cuidador familiar na prevenção de violência à pessoa idosa, nomeadamente na sobrecarga do cuidador

Atividades a desenvolver:

- Revisão sistemática da literatura sobre intervenções de enfermagem ao cuidador na prevenção de maus tratos à pessoa idosa, fatores de sobrecarga do cuidador, escala de Zarit
- Acompanhamento dos enfermeiros nas visitas domiciliárias
- Compreensão da atuação dos enfermeiros durante a visita domiciliária através da elaboração de notas de campo e entrevistas informais
- Reflexão sobre a prática através de notas de campo

**Nota:** As atividades identificadas com \* não foram realizadas durante o projeto na medida que já existia pela WHO (2011) uma lista de fatores de risco recentes, segundo o Modelo Ecológico. Considerou-se não ser pertinente para o desenvolvimento do projeto.

## **APÊNDICE II – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS**

## Guião Orientador para colheita de dados à pessoa idosa

### I - “O que sabemos da pessoa”

<b>Dados biográficos</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Nome /nome pelo qual gosta de ser chamado</li><li>• Idade aparente/idade real</li><li>• Nacionalidade</li><li>• Naturalidade</li><li>• Residência</li><li>• Estado civil</li><li>• Profissão</li><li>• Escolaridade</li></ul>
<b>Experiências de vida significativas</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Transições no desenvolvimento: aspetos favoráveis e desfavoráveis</li><li>• Transições atuais e problemas identificados</li></ul>
<b>Espiritualidade, crenças e valores</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Religião</li><li>• Fé e esperança</li><li>• Questões existenciais</li><li>• Preocupações</li><li>• Projeto de vida</li><li>• Forças para viver</li><li>• Forças que tendem para o morrer</li><li>• Valores mais relevantes na sua vida</li><li>• Energia: física, psíquica e afetiva</li><li>• Adaptação à situação de doença/dependência</li></ul>
<b>Padrão de vida/individualidade da pessoa</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação do continuum dependência-independência</li><li>• O que faz sozinho/a, o que faz com ajuda-tipo de ajuda/ o que não faz</li><li>• O que sabe fazer sozinha/ o que não sabe fazer e porquê</li><li>• Avaliação de como faz, quando e porquê</li><li>• Como a pessoa vive cada uma das atividades de vida/necessidades humanas fundamentais: respirar, comer e beber, manter a temperatura corporal, manter-se limpo e proteger os tegumentos, eliminar, movimentar-se e manter a postura correta, evitar os perigos, vestir-se e despir-se, comunicar com os seus semelhantes, dormir e repousar, ocupar-se (realização de passatempos), praticar a sua religião e agir segundo as suas crenças, expressão da</li></ul>

	<p>sexualidade e morrer</p> <p>Instrumentos disponíveis: índice de Barthel (avaliação das atividades básicas de vida), índice de Lawton e Brody (avaliação das atividades instrumentais de vida), Escala de Braden (avaliação do risco de úlcera de pressão), Mini Nutritional Assessment (avaliação nutricional)</p>
<b>Avaliação cognitiva e emocional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientação na pessoa, espaço e tempo (instrumento de avaliação: Mini Mental State Examination)</li> <li>• Presença de défice cognitivo</li> <li>• Sinais/indícios de demência (Escala de avaliação de demência CDR)</li> <li>• Humor</li> <li>• Sinais de depressão (Escala de depressão geriátrica)</li> </ul>
<b>Exame físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pele e mucosa: integridade, coloração, hidratação</li> <li>• Aspeto geral: roupa (adequada à estação, cor)</li> <li>• Próteses e ortóteses</li> <li>• Desequilíbrios na marcha, apoios para deambular</li> <li>• Alterações motoras e sensitivas</li> <li>• Caracterização de lesões</li> <li>• Focar a atenção no problema identificado</li> </ul>

## II- “O que sabemos dos que o cercam e do meio”

<b>Ambiente familiar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agregado familiar- genograma e ecomapa</li> <li>• Relações com a família – valores</li> <li>• Rendimentos</li> <li>• Espaço relacional – vizinhos, amigos</li> <li>• Pessoa ou familiar de referência – contacto</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de cuidador/relação com a pessoa</li> <li>• Avaliação do que o cuidador faz/sabe fazer sozinho ou com ajuda/já não faz/não faz</li> <li>• Há quanto tempo é cuidador?</li> <li>• Quanto tempo de cuidados presta por dia?</li> <li>• Caracterização do cuidador <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Escolaridade</li> <li>✓ Estado civil</li> </ul> </li> </ul>

<b>Cuidador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Alterações mentais/psicológicas/cognitivas</li> <li>✓ Depressão</li> <li>✓ Abuso de álcool ou outras substâncias</li> <li>✓ Tipos de comportamento: hostil/agressivo</li> <li>✓ Problemas financeiros/depende da pessoa idosa</li> <li>✓ Tipo de relação entre ambos: relação ténue com a pessoa cuidada</li> <li>✓ Pouco domínio sobre os problemas de saúde do idoso</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecarga do cuidador (Instrumento: Entrevista de sobrecarga do cuidador de Zarit)</li> <li>• Visita o idoso quando está internado?</li> <li>• Assume a responsabilidade dos cuidados?</li> <li>• Sente-se cansado?</li> <li>• Sente alterações na sua saúde física e mental desde que cuida do idoso?</li> </ul>
<b>Habitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de habitação: moradia/apartamento</li> <li>• Escadas/elevador</li> <li>• Barreiras arquitetónicas</li> <li>• Condições da habitação. Fatores de risco</li> </ul>
<b>Recursos na comunidade</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Existência de estruturas de apoio na comunidade</li> <li>• Usufrui de alguma ajuda?</li> </ul>

### **III - "O que sabemos da doença"**

<b>História de saúde</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilância de saúde</li> <li>• Antecedentes pessoais</li> <li>• Medicação habitual (cumprir regime medicamentoso?)</li> <li>• Internamentos anteriores</li> <li>• Alergias (medicamentosas e alimentares)</li> </ul>
<b>História da doença atual</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Início dos sinais e sintomas</li> <li>• Exames complementares de diagnóstico realizados</li> <li>• Motivo de pedido de cuidados de enfermagem</li> </ul>
<b>Processo de adaptação/</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perceção da pessoa sobre o diagnóstico e/ou prognóstico</li> <li>• Alterações na vida relacionadas com a doença</li> <li>• Adaptação à situação de doença/dependência: stressores</li> </ul>

<b>recuperação</b>	<p>internos e externos</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Expectativas</li><li>• Energia: física, psíquica e afetiva</li></ul>
<b>Problemas presentes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Instrumentos: escalas de dor, escala de fadiga</li></ul>

**APÊNDICE III – IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO DE  
VIOLÊNCIA**



## Identificação de fatores de risco de violência

Nome: \_\_\_\_\_

Nº. processo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

Nível	Fatores de risco	Presença	
		Sim	Não
<b>Individual Vítima</b>	Gênero: mulher		
	Idade: mais de 74 anos		
	Níveis de dependência elevados física ou psicológica		
	Demência		
	Depressão		
	Agressão e mudança de comportamento		
<b>Individual Agressor</b>	Gênero (masculino em caso de violência física e feminino na negligência)		
	Idade: jovens no abuso financeiro		
	Depressão/problemas mentais		
	Abuso de substâncias: álcool e drogas		
	Hostilidade e agressão		
	Problemas financeiros		
	Sobrecarga/stress do cuidador		
<b>Relações familiares</b>	Dependência financeira do agressor pela vítima		
	Dependência emocional do agressor pela vítima		
	Transmissão de violência intergeracional		
	Dificuldade de relacionamento de longa duração		
	Fraca relação entre eles		
<b>Comunidade</b>	Isolamento social		
	Suporte social deficitário		
<b>Sociedade</b>	Discriminação pela idade		
	Outras formas de discriminação: racismo e sexismo		
	Fatores económicos e sociais		
	Cultura violenta		

**Fonte:** World Health Organization (2011), *European report and preventing elder maltreatment*.

Disponível em <http://www.who.int> . Acedido em 3 de dezembro de 2011

**APÊNDICE IV – NOTA DE CAMPO: TOMADA DE DECISÃO PELA  
PESSOA IDOSA**

## **Nota de campo: tomada de decisão pela pessoa idosa**

Ao longo do ensino clínico, várias vezes constatei que a pessoa idosa era demitida da sua função de tomar decisões em detrimento da família ou mesmo dos profissionais de saúde. A situação que vou relatar elucida este aspeto e o quanto me incomodou profundamente.

Transmitiram-me a seguinte informação: o Sr. sentado no cadeirão é mais um “caso social”. A expressão “caso social” bastante utilizada pelos profissionais de saúde daquele serviço incomodou-me desde a primeira vez que a ouvi. E incomodava-me porque quem estava ali era o Sr. José e não um caso. Esta expressão serve para descrever todas as situações em que predomina a necessidade de apoio social, justificando a falta de avaliação médica, “rotulando” por isso a pessoa que necessita de cuidados. E várias vezes, os ditos “casos sociais” necessitaram de avaliação médica para além da necessidade de apoio social<sup>89</sup> para regresso a casa. Mas isso é outra dimensão do problema. E porque me incomodava comecei a dizer aos colegas que se tratava de uma situação de vulnerabilidade<sup>90</sup> acrescida, na tentativa de abandonar esta expressão, na minha perspetiva, pejorativa.

Retomando a situação do Sr. José e explicando porque era um “caso social”. O Sr. José recorreu ao SU de outro hospital após uma queda, da qual resultou fratura de uma costela com indicação de tratamento conservador. Na altura da alta, contactaram a filha para o ir buscar. Esta referiu que vivia no Porto e só poderia

---

<sup>89</sup> Entende-se por apoio social, a “ informação, auxílio de material, atos individuais ou de grupo que revertem em efeitos emocionais e ou comportamentos positivos tanto para quem recebe, como para quem fornece esse apoio (Nardi e Oliveira, 2008 cit. por Araújo, Paul e Martins, 2010, p. 47).

<sup>90</sup> A vulnerabilidade de cada um perante determinado fator induz a situações de necessidades pelo que, a abordagem à vulnerabilidade pode ser realizada em diferentes planos analíticos interrelacionados. De acordo com a abordagem de alguns autores preconiza-se a avaliação dos seguintes planos: o plano individual, o social e o programático ou institucional (Nunes, 2011; Paz, Santos e Eidt, 2006; Nichiata *et al*, 2008). A vulnerabilidade individual associa-se a comportamentos pessoais e a prevenção de situações de risco, ou seja, “é o que uma pessoa na sua singularidade, pensa, faz e quer, e o que, ao mesmo tempo a expõe ou não à aquisição de um agravamento de saúde” (Paz, Santos, Eidt, 2006, p. 339); a vulnerabilidade social relaciona-se com condições de organização/dinâmica familiar, culturais, económicas e políticas em que a pessoa está inserida e que influenciam a sua forma de ser social; o plano programático está relacionado com o desenvolvimento de ações institucionais para os problemas a nível governamental e político (Nunes, 2011), ou seja, os recursos sociais que as pessoas necessitam para promover a saúde e prevenirem a doença (Paz, Santos, Eidt, 2006). Face ao fundamentado anteriormente, existem grupos da população que são mais vulneráveis. Entende-se por população vulnerável, aquela que se encontra em risco de pobre saúde física, psicológica ou social (Aday, 2001 cit. por Chesnay, 2008).

comparecer no hospital dentro de dois dias por motivos laborais. Por essa razão, o Sr. José foi transferido para o hospital da área de residência como “caso social”, ou seja, abandono no SU pela filha.

Conheci este Sr. na manhã seguinte da transferência. Este encontrava-se sentado no cadeirão há cerca de 12h, aguardando algum tipo de solução e de cuidados, pois segundo ele, não tinha sido avaliado ainda pelo médico. A filha chegou e aí começou um verdadeiro problema para o cliente. Este vivia sozinho, conduzia e fazia as compras, embora fosse dependente na mobilização (auxiliares de marcha) por uma patologia crónica articular. E o seu desejo residia em sair do hospital e regressar a casa. A filha, por sua vez, tinha como objetivo a institucionalização<sup>91</sup>, justificando que a habitação precisava de obras e que já tinha combinado com o pai que no próximo mês iria para o lar para a realização das obras. Mas o Sr. José não aceitava. Iria para o lar na altura certa, ainda não precisava. E assim discutiam. A filha encontrava-se nervosa e ansiosa para resolver “este problema do meu pai, que é muito teimoso”. E falou com a assistente social no sentido de agilizar a integração em lar.

Enquanto isso, escutei o Sr. José e as suas razões e percebi que existiam sinais importantes a ter em conta na situação: referia que a filha se tinha apoderado indevidamente de dinheiro para ir para o Porto com um namorado e que, após uma discussão violenta o tinha empurrado. “Ela quer é o meu dinheiro e a casa, nem casa tem, por isso quer as obras. Eu não vou para o lar<sup>92</sup>. Lá perto de casa tratam as pessoas piores que cães!”. Percebia-se facilmente a tensão entre eles. Então negocieei com o cliente que era importante fazer uma avaliação para entender o que ele conseguia fazer sozinho e que tipo de ajuda necessitava. Concordou. Da avaliação saliento os elementos mais importantes: o Sr. José encontrava-se sem défices cognitivos, era autónomo e com capacidade de tomar decisões. Face à queda, à patologia osteoarticular e à sua imobilidade há cerca de 72h, necessitava

---

<sup>91</sup>Em alguns países europeus, procura-se o caminho oposto à institucionalização, “centrado na preservação da autonomia e dignidade da pessoa idosa, no qual a manutenção no contexto familiar aparece como uma solução a privilegiar independentemente dos recursos das famílias” (Araújo, Paul e Martins, 2010, p. 47). No entanto, é um importante recurso para as pessoas idosas em situação de dependência (Fernandes, 2002). No estudo de Matos (2010), a dependência física é o principal motivo que leva o idoso à institucionalização.

<sup>92</sup> A maioria dos idosos resiste à ideia de deixar a sua casa (Barroso, 2006).

de ajuda na realização das AVD's e AIVD's (Índice de Barthel - ligeiramente dependente e Índice de Lawton e Brody – moderadamente dependente). Com base na avaliação propus uma fiz a seguinte proposta: durante duas semanas receberia apoio domiciliário para alimentação, higiene pessoal (banho) e tratamento da roupa. Depois, como estava combinado iria para o lar que escolhesse para a reparação da casa. O Sr. José ficou contente com a solução, pois o seu maior objetivo era regressar a casa. Na minha perspetiva, havia uma luz ao fundo do túnel para o bem do cliente. Face a isto, dirigi-me à assistente social que tinha conversado com a filha para lhe comunicar a solução. Esta informou-me que ia falar com o cliente em privado e após uns minutos, informou-me que o cliente iria ser institucionalizado no lar que tanto recusava. Fiquei petrificada, talvez seja a palavra mais correta. Fundamentei à assistente social que o cliente não necessitava ser institucionalizado, mas respondeu-me que a situação já se encontrava resolvida. Senti-me desapontada por terem decidido<sup>93</sup> pelo cliente, pela desvalorização do meu trabalho, como pelo Sr. José que certamente, foi convencido a tomar uma decisão que não queria. Não descansei e pela relação de confiança já estabelecida com o cliente, disse-me que ia porque “lá há sempre médico”<sup>94</sup>. A razão estava descoberta! E o Sr. José saiu com a filha, de forma apressada, para ser institucionalizado.

Após a situação, refleti muito sobre ela e partilhei-a com alguns colegas. E a partir dela, um exemplo a não seguir, os colegas entenderam o poder e o dever que o enfermeiro tem em avaliar a pessoa, propor o recurso na comunidade mais adequado e gerir com a família e a assistente social este processo, num verdadeiro trabalho de equipa, em que cada um tem as suas funções bem definidas. Seguiu então a proposta do enfermeiro acompanhar as reuniões e iniciou-se como prática comum a avaliação do Índice de Barthel e Índice de Lawton. Desta forma, considero que a reflexão nas situações é essencial para a mudança da prática, se for visível o seu contributo prático. E é também nas situações em que não temos o sucesso desejado que inquieto os colegas e busco forças para a mudança e para continuar a procurar a qualidade dos cuidados.

---

<sup>93</sup> No estudo de Matos (2010), o cuidador é quem toma a decisão da institucionalização, dados corroborados por outros autores. Realça-se a não decisão da pessoa idosa.

<sup>94</sup> É comum a persuasão da família relativamente aos bons cuidados prestados nos lares (Matos, 2010).

**Bibliografia:**

- Araújo, I., Paul, C., Martins, M. (2010). Cuidar no paradigma da desinstitucionalização: a sustentabilidade do idoso dependente na família. *Revista de Enfermagem Referência*, III série, 2, 44-53
- Barroso, V. (2006). *Órfãos Geriatras: Sentimentos de Isolamento e Depressividade face ao envelhecimento*. Estudo comparativo entre idosos institucionalizados e não institucionalizados, ISPA. Acedido em 26 dezembro de 2010. Disponível em: <http://www.psicologia.com.pt>
- Chesnay, M. (2008) In Chesnay, M., Anderson, B. (Coords). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, practice, and Research* (pp 3-14), 2Ed
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. (2ª ed.). Coimbra: Quarteto
- Matos, A. (2010). Compreensão do fenómeno dos maus tratos económicos e emocionais a idosos e a decisão no processo de institucionalização – uma realidade portuguesa. *Rev Kairós Gerontologia*. 13(2), 57-73
- Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R., Fracoli, L. (2008). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*, 16(5). Acedido em 14 de outubro de 2012. Disponível em [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt\\_20.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n5/pt_20.pdf)
- Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.
- Paz, A., Santos, B., Eidt, O. (2006). Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde. *Acta Paul Enfermagem*, 3 (19), 338-345

**APÊNDICE V – NOTA DE CAMPO: RESPEITO PELA DECISÃO DO  
CLIENTE**

### **Nota de campo: respeito pela decisão do cliente**

Exemplo de uma situação vivida no ensino clínico que visa o respeito pela decisão do cliente.

Trata-se de uma senhora de 77 anos de idade, que recorre ao SU por dispneia com dois dias de evolução, trazida pelos Bombeiros e sem acompanhante. Apresentava internamentos anteriores pelo mesmo motivo, nunca tendo ficado hospitalizada. Como antecedentes pessoais médicos e cirúrgicos destaca-se neoplasia da mama, submetida a cirurgia e quimioterapia, com metastização óssea e hepática e insuficiência cardíaca grave com hipertensão pulmonar grave (internada há cerca de cinco meses no Serviço de Cardiologia para otimização da sintomatologia). Vivia com o marido também idoso e tinha dois filhos que davam algum apoio na limpeza da casa e roupa, no final do dia e ao fim de semana. Após a avaliação médica, diagnostica-se insuficiência respiratória parcial (associada à fase final de vida).

A médica chama-me, informa-se sobre a situação e pede-me para chamar os filhos para lhe explicar a situação final da doença, sendo o objetivo, o regresso a casa da cliente com acompanhamento. Sugerir à médica instituição de oxigenoterapia no domicílio para diminuir o desconforto e dispneia e, conseqüentemente, o recurso ao SU. Dirigi-me então à cliente. Apresentava um ar débil, cansado, deitada numa maca, onde não era possível proporcionar qualquer tipo de conforto. Iniciei conversa, explicou-me de forma lenta e pausada porque veio ao hospital. Disse-me que o cansaço e a dispneia eram progressivamente mais exacerbados, mas que sabia porquê. “Sabe, os médicos já me explicaram, o meu corpo funciona muito mal desde o cancro, já não há nada a fazer”. Perante esta afirmação, juntamente com a médica explicamos o que consideraríamos ser o plano mais adequado na sua situação: regressar a casa, garantir conforto e apoio, uma vez que o internamento hospitalar poderia ser prejudicial face ao risco elevado de infeção e ao seu sistema imunitário estar deprimido. A cliente entendeu tudo o que lhe foi dito e disse: “Mas eu quero cá ficar”. Argumentámos também que não poderíamos garantir conforto, pois devido à sobrelotação hospitalar, teria de ficar internada uns dias no SU, possivelmente naquela maca, sem garantia de uma cama. Replicou: “Não faz mal, Sra. doutora. Sabe, Sra. enfermeira, aqui sinto-me melhor, mesmo que morra”. Alguns autores defendem esta ideia alegando que as pessoas idosas preferem ficar



internadas devido às alterações na sociedade e na família, nomeadamente as dificuldades na família para cuidar e insuficiência de ajuda, para além da segurança e acompanhamento que o hospital proporciona.

Perante a capacidade da cliente para tomar decisões, esta foi respeitada. Foram contactados os filhos que compareceram no hospital e informados da situação clínica da mãe e da sua decisão que respeitaram.

Este exemplo remete-nos para o “direito à autodeterminação, ou seja, a capacidade e a autonomia que os próprios doentes têm, para decidir sobre si” (OE, 2003, p. 72). Mas também remete para o art.º 87 do CDE (OE, 2003, p. 93) sobre o respeito pelo doente terminal, nomeadamente “defender e promover o direito do doente à escolha do local e das pessoas que deseja o acompanhem na fase terminal da vida”.

Esta situação promoveu também a minha reflexão sobre a importância de garantir os quatro pilares nos quais assenta a filosofia dos Cuidados Paliativos: controlo dos sintomas, comunicação adequada, apoio à família e trabalho em equipa (Neto, 2004). Embora o serviço não permitisse acompanhar a cliente da forma mais adequada na fase final da sua vida, ela escolheu permanecer lá, pelo que me esforcei por garantir cuidados que, para ela, eram fundamentais. Validei com a cliente os principais problemas: dor, dispneia e acompanhar os filhos e marido.

Relativamente à dor esta foi avaliada através da escala numérica, atribuindo um valor 10. “Uma dor insuportável, no corpo todo, como se estivesse embrenhada nos ossos”. Deste problema, resultou como ação interdependente a administração de opióide forte e como ações autónomas, a monitorização sistemática da dor, o posicionamento em decúbito semidorsal direito, assumida como posição de conforto e a colocação de algumas luvas com água quente nos pés (“gostava tanto de ter aqui a minha botija”).

A dispneia<sup>95</sup> era evidente a pequenos esforços apesar da instituição de oxigenoterapia por máscara facial. A respiração era superficial e de pequena amplitude, ao qual se associava o desconforto da desidratação da mucosa oral,

---

<sup>95</sup> A dispneia é um dos sintomas mais comuns no fim da vida, causando muita angústia no cliente, família e equipa de profissionais; tende a tornar-se incapacitante e piora a qualidade de vida, sendo difícil de controlar pelo seu agravamento na progressão da doença (Centro Regional de Medicina do estado de São Paulo (CREMESP), 2008).

minimizado por uma espátula humedecida. Foi colocada junto a uma janela e verbalizou que se sentia melhor.

O acompanhamento e apoio à família era a sua maior preocupação. No apoio à família deve-se adotar uma atitude proativa na avaliação das suas necessidades, programar espaços próprios para a discussão da evolução da doença e dos tratamentos e validação dos cuidados que se presta (Neto, 2004). Neste caso, proporcionou-se o acompanhamento dos dois filhos e regime de visita alargado ao marido. O tema morte não era um tabu entre eles, promoviam a vida enquanto ela permitisse. Estes gestos, estes cuidados de enfermagem de manutenção<sup>96</sup> individualizados são a chave mestra da garantia do conforto ao cliente em fim de vida.

Por último, foi importante refletir porque razão a cliente não quis regressar a casa, preferindo ficar hospitalizada. E como é importante respeitar a sua vontade, ainda que tão díspar das minhas crenças e valores pessoais. Esta ideia é fundamentada por Collière (1999, p. 276) ao afirmar que “os cuidados de enfermagem situam-se na junção de pessoas – utilizadores e prestadores de cuidados - que têm hábitos de vida e, portanto, crenças diferentes e que são submetidas às flutuações de diferentes meios de vida”.

### **Bibliografia:**

- Collière, MF. (1999). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: LIDEL Edição
- CREMESP (2008). *Cuidado Paliativo*. Centro Regional de Medicina do Estado de São Paulo: São Paulo
- Neto, I; Aitken, H; Paldront, T. (2004). *A dignidade e o sentido da vida. Uma reflexão sobre a nossa existência*. Cascais: Pergaminho
- Ordem dos Enfermeiros. (2003). *Código Deontológico do Enfermeiro: anotações e comentários*.

---

<sup>96</sup> Entende-se por cuidados de manutenção e de continuidade de vida, os cuidados quotidianos e habituais, “o care”, cuja função se prende com a sustentação da vida e o reabastecimento de energia, seja pela natureza alimentar, necessidade de água, calor, luz, afeto, ou seja, todos os cuidados que segundo a autora são a textura e o tecido da vida. Por esta razão, “tudo o que resta de capacidade de vida pede e exige ser constantemente mobilizado (...) a fim que as energias vitais prevaleçam sobre os obstáculos da vida” (Collière, 1999, p. 239).

**APÊNDICE VI – NOTA DE CAMPO: AVALIAÇÃO E IMPORTÂNCIA  
DA SEGURANÇA DO CLIENTE**

## **Nota de campo: Avaliação e importância da segurança do cliente**

Exemplo de uma situação vivida no ensino clínico que visa a importância da avaliação da segurança do cliente para regressar a casa.

Durante a passagem de turno (final do turno da manhã de sábado), a colega transmitiu que um casal de idosos se encontrava no SU a aguardar resolução social. Estes foram trazidos pelos Bombeiros após serem encontrados no meio da rua, sem saberem onde moravam. Assumi que era necessário avaliar o casal e perceber o que se passava, pois a expressão “aguardar resolução social” indicava que apenas na manhã seguinte a assistente social conheceria o caso. E o que seria deles durante esse tempo? E qual o papel do enfermeiro durante esse tempo e na avaliação da situação?

Aproximei-me do Sr. Joaquim<sup>97</sup>. Encontrava-se deitado numa maca sob contenção química com haloperidol IM (intramuscular) e contenção mecânica nos membros superiores por agitação. Apresentei-me, perguntei como se chamava e onde estava. Respondeu “ Chamo-me Joaquim e estou na casa do diabo. E você vai arder lá e é para já”, expressando um olhar vítreo. Orientei-o no espaço e despedi-me. Tratava-se de um senhor com um quadro de demência, pelas notas anteriores disponíveis no processo clínico. Decidi ir falar com a D. Maria. Encontrava-se sentada num cadeirão a lanchar. Voltei a apresentar-me e perguntei se sabia onde estava, identificou o local e o que estava lá a fazer. “Sabe, o meu Joaquim anda há uns dias a dizer-me para vir ao hospital marcar uma consulta porque ele tem uma algália desde que foi operado cá. E viemos hoje. Até lhe disse, que hoje não era bom dia, tinha de ir às compras, mas ele quis. E viemos de autocarro”. A história não coincidia. E pela conversa que fomos estabelecendo percebi que tinha sido emigrante na Alemanha, onde vivia o único filho que tinha. A sua família em Portugal resumia-se a uma sobrinha com quem tinha uma relação esporádica; disse-me que ela é que fazia tudo em casa e que o marido era responsável pela medicação. Afastei-me e através dos registos informáticos tentei encontrar um contacto do filho ou de uma vizinha para uma avaliação mais correta. Enquanto fazia isto, ouvi gritos e muita confusão na sala. Era a D. Maria num quadro de agitação, agressividade e verborreia para com

---

<sup>97</sup> Os nomes apresentados nesta situação são fictícios.

os enfermeiros e assistentes operacionais, sendo necessário contenção química pela perturbação da cliente e dos restantes clientes e familiares.

Através da avaliação da capacidade funcional realizada, este casal apresentava dependência severa nas AVD's e AIVD's; confusão, risco de queda elevado e síndrome demencial. Logo, não tinha condições para regressar a casa em segurança pela falta de competência cognitiva na tomada de decisões e garantia de autonomia. Ficou então decidido junto do chefe de equipa de enfermagem que ficariam internados para esclarecimento da situação.

No dia seguinte (tarde de domingo) procurei o casal pelo SU. Não os encontrei. Através dos registos de enfermagem percebi que estavam mais calmos e por essa razão e perante a avaliação da assistente social regressavam a casa com pedido de apoio domiciliário. Fiquei estupefacta, desiludida e preocupada. Como era possível que aquele casal voltasse para casa sozinho?.... Pensei numa imensidão de situações que poderiam acontecer e colocá-los em perigos ou a outros... fiquei incomodada. Que avaliação teria sido realizada? Qual a responsabilidade do enfermeiro nestas situações? Quem responsabilizar pela alta? Como regressam a casa as pessoas sem condições asseguradas?...

Após três semanas, quando passava no corredor, reconheci aquela cara. Era a D. Maria. Perguntei como se encontrava, referiu dor na perna direita. Passado algum tempo, uma médica pediu-me colaboração para ajudar a D. Maria. Em termos médicos, não havia nada relevante, no entanto, precisava de acompanhamento social pois não se encontrava competente cognitivamente. Foi então que me interroguei com quem estaria o marido. Resolvi ligar para casa na tentativa de estar acompanhado por uma vizinha. Atendeu uma senhora que se identificou como assistente de apoio domiciliário. Identifiquei-me e ela, prontamente afirmou que eu deveria falar com a assistente social. Colocou-me em contacto com ela. Percebi então que, no último mês durante a noite, a D. Maria vinha para a rua gritar, sendo necessário chamar a Polícia várias vezes. E por essa razão tinha sido contactado o filho que chegava naquele dia da Alemanha. Decidiu-se manter a cliente no SU até o filho chegar. Foi-lhe explicada a situação dos seus pais e ele afirmou que, como vivia no estrangeiro, iria institucionalizá-los. Naquele dia, "sosseguei", pois aquela

situação latejava em mim como um exemplo a não seguir, exemplo esse discutido na equipa.

Nesta situação, não está em discussão a decisão do filho, mas antes o contexto da situação. Um casal de idosos que regressou a casa com consentimento de profissionais de saúde sem garantias de segurança. Várias questões coloquei a mim própria “Será o objetivo maior o regresso a casa, independentemente da avaliação?; Como é realizada a avaliação da pessoa e das suas necessidades?”

Face a esta reflexão, acrescento que “os enfermeiros declararam o seu compromisso de cuidado às pessoas (...) de modo a promoverem o bem estar e qualidade de vida daqueles a quem prestam cuidados” (Nunes, 2011, p.41).

**Bibliografia:**

Nunes, L. (2011). *Ética de Enfermagem. Fundamentos e Horizontes*. Loures: Lusociência.

**APÊNDICE VII – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: AVALIAÇÃO DA  
SOBRECARGA DO CUIDADOR**

## **Diário de aprendizagem: Avaliação da sobrecarga do cuidador**

Vou refletir sobre uma situação ocorrida em ensino clínico durante uma visita domiciliária, situação diferente da minha prática de cuidados, com base no Ciclo de Gibbs (1988, citado por Bulman, 1994).

A visita domiciliária é um momento de prestação de cuidados, na casa da pessoa, em que o enfermeiro é recebido pela necessidade de cuidados. Entrar na casa de outro que seja desconhecido, ou deixar entrar alguém em casa que não se conheça pode ser considerada uma barreira, uma intromissão, na medida que, quem visita a nossa casa habitualmente é quem nós bem conhecemos.

Durante a visita domiciliária<sup>98</sup> à D. Eduarda<sup>99</sup>, uma senhora de 80 anos de idade, dependente em grau severo em todas as atividades de vida, pude constatar que a cuidadora era uma das filhas, a D. Manuela. A D. Manuela referiu abertamente cansaço perante a situação de cuidadora, na medida que a mãe exigia muitos cuidados e não dormia durante a noite, chamando-a, constantemente. Para além disso, verbalizou a vontade que a mãe morresse, chamando-a de “empecilho, já cá não anda a fazer nada, só a chatear-me a cabeça”. Inferi que havia violência verbal e que se tratava de uma situação de sobrecarga do cuidador, pelo que o uso da Entrevista de Zarit seria essencial para validar ou refutar este facto. Deste modo, planeei a aplicação do instrumento durante uma visita domiciliária. Para isso, fiz pesquisa sobre a escala, nomeadamente a sua finalidade, constituição, validação em Portugal e o significado dos resultados, de modo a ter maior domínio do assunto. A escala de sobrecarga do cuidador de Zarit é um instrumento que permite avaliar a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador informal e que inclui informações sobre saúde, vida social, vida pessoal, situação financeira, situação emocional e tipo de relacionamento; é um instrumento fiável e com boas características psicométricas. Indicado para diagnóstico de risco de sobrecarga e sobrecarga do cuidador e avaliação de programas de intervenção em cuidadores (Sequeira, 2010).

Numa visita domiciliária, após o tratamento à D. Eduarda e após escutar os desabafos da D. Manuela relativamente à sua situação, disse que esta situação era

---

<sup>98</sup> O objetivo dos cuidados de enfermagem no domicílio deveria ter como pano de fundo a conceção de Collière (2001, p. 335): “serve de base para a elaboração com o doente e sua família, de um projeto de cuidados individualizado”.

<sup>99</sup> Todos os nomes apresentados são fictícios.



muito comum em pessoas que cuidam de idosos dependentes de tal modo que era motivo de realização de diversos estudos e de grande preocupação, pois estava em causa a saúde de quem cuida. Informei ainda que havia um questionário que tentava perceber este fenómeno e se ela me dava autorização para o fazer. Aceceu. Tentei negociar o dia, mas disse que “é melhor ser agora”. E comecei a fazer as várias perguntas, às quais foi respondendo, não de forma objetiva, mas reforçando o seu mal estar. A D. Manuela estava inquieta como sempre, ia respondendo à medida que abria portas de armários e andava de um lado para o outro na cozinha. Ia dizendo-me “está a ver, ela dá cabo de mim”, “é uma praga” ou afirmações semelhantes. Após a conclusão do questionário, agradecei-lhe a disponibilidade e tentei conversar sobre alternativas para diminuir a sobrecarga, mas a mãe chamou-a e ela ausentou-se da cozinha. Através da aplicação do instrumento, pode-se constatar que esta cuidadora está perante uma sobrecarga intensa.

No decorrer deste momento, vários sentimentos me assolaram: “o que estou a fazer? A cuidadora não me está a dar atenção! Ela precisa ser escutada, mais que interrogada face a algo que é visível. As alterações psíquicas que demonstra são visíveis do stress e desconforto da situação. Achei que estava a ser invasiva e inoportuna, desejava que as perguntas terminassem rapidamente”.

Após refletir neste momento tive consciência que o meu procedimento não tinha sido o mais adequado. Em primeiro lugar, preocupei-me muito com as questões teóricas e talvez menosprezado a maneira de interagir com a cuidadora. Outro dos aspetos negativos prende-se com a minha incapacidade de “prender” a cuidadora e ser capaz de a escutar de forma mais tranquila, ter capacidade para me desprender da sua agitação; a falta de uma relação de confiança; o local não foi o mais indicado; sentimento de realização de algo académico comparável aos anos de licenciatura que deixou um vazio pela incapacidade de ajudar.

Como aspeto positivo destaco a minha perceção sobre a situação e a capacidade de refletir sobre ela como aprendizagem. Esta situação faz-me refletir na importância de criar uma relação de confiança com o outro através do conhecimento de si, na importância de criar o momento propício para desenvolver a relação e poder aproximar-me do outro, “entrando” na sua privacidade, no mais íntimo que há em si, nos sentimentos e angústias de uma pessoa muito fragilizada. Percebi também que

a escolha de um local e momento adequados para a aplicação de escalas, recolha de dados ou entrevista é essencial. Considero que o local adequado seria fora da habitação, num local onde só por si, a carga negativa fosse menor, por exemplo, no centro de saúde ou noutra local a combinar em que ela pudesse espairecer; seria também importante haver tempo para poder escutar sem interromper. O momento não foi o mais indicado na medida que era de manhã, altura dos cuidados de higiene e do pequeno almoço, estando ainda bem patente o momento pouco tranquilizador da noite.

De um modo geral, considero que fui invasiva, tenho consciência que não forcei a aceitação, pelo contrário, foi aceite prontamente, mas não foi proveitosa. Continuo a refletir: “será que interrompi algo importante que tanto queria expressar?” Esta situação é uma base, uma lição daquilo que não quero fazer no futuro. Também me ensinou a importância de planear ao detalhe o que vou realizar centrada na pessoa e não nos meus objetivos. Há sempre uma questão que entoa no silêncio: que mais poderia ter feito? Como faria agora? Penso saber a resposta, ou pelo menos, uma parte da resposta. Deveria ter fomentado uma relação de confiança através da prestação de cuidados, agendar visitas de vigilância e não aproveitar aquela oportunidade por ser a última; negociar uma visita extra; ouvir.

Esta situação permite ainda refletir num aspeto importante que se prende com a existência de violência verbal e psicológica por parte da filha “justificada” pela sobrecarga e por necessidades face a este papel: a reorganização da vida marcada por aspetos considerados negativos que geram tensão, angústia e sentimento de sobrecarga; falta de reconhecimento social e de informação; dificuldade na vida quotidiana, nomeadamente na supervisão, assistência e esgotamento dos recursos físicos, emocionais e económicos; problemas relacionados com a prestação contínua de cuidados: inexistência de outro cuidador para se ausentar de casa, deterioração da vida pessoal e social, tensão por não conhecer o prognóstico e a duração daquela situação (Imaginário, 2004). Todas estas necessidades se enquadravam nesta situação. Seria interessante identificar com a cuidadora quais as necessidades emergentes para dar uma resposta individualizada. Várias são as respostas possíveis descritas na literatura: dar suporte ajudando no que necessita para prosseguir os seus esforços, beneficiar de uma relação de ajuda; encaminhar

(Berger e Mailloux-Poirier, 1994); treinar para gerir a raiva, proporcionar eventos agradáveis (Kohn *et al*, 2011); proporcionar descanso (Berger e Mailloux-Poirier, 1994; Kohn *et al*, 2011); partilhar os cuidados com outros membros da família; contactar redes sociais comunitárias como grupos de apoio e voluntários; dar apoio técnico e emocional através de programas de apoio ao cuidador (Fernández-Alonso, 2006 a,b; Pérez-Rojo *et al*, 2009); usar a escala de Zarit para avaliar a sobrecarga; proporcionar apoio psiquiátrico e psicológico; avaliar a capacidade da família para garantir cuidados; sentir reconhecimento explícito da importância do seu trabalho (Fernández-Alonso, 2006b).

Em síntese, esta situação é fomentadora de novas práticas baseadas no conhecimento da pessoa e no respeito pela sua individualidade e impulsionadora de maior rigor no planeamento e interação com o outro.

### **Bibliografia:**

- Berger, L., Mailloux-Poirier, D. (1994). *Pessoas idosas. Uma abordagem global*. Loures: Lusodidacta
- Kohn , R. *et al* (2011). Caregiving and Elder Abuse. *Medicine & Health/Rhode Island*. 94(2), 47-49
- Pérez-Rojo, G. *et al* (2009). Risk factors of elder abuse in a community dwelling Spanish sample. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 49, 17-21
- Fernández-Alonso, M., Herrero-Velázquez, S. (2006b). Maltrato en el anciano. Posibilidades de intervención desde la atención primaria (II). *Atención Primaria*, 37 (2), 113-115
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lidel editora

**APÊNDICE VIII – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: IMPORTÂNCIA DE  
COMUNICAR COM A FAMÍLIA**

## **Diário de aprendizagem: Importância de comunicar com a família**

Este momento de reflexão pretende demonstrar mais uma aprendizagem que realizei em ensino clínico, no Serviço de Urgência.

No caos do ambulatório do Serviço de Urgência, encontrava-se a D. Camila<sup>100</sup>, uma senhora de 82 anos de idade, sentada numa cadeira de rodas, com um ar sereno que aguardava observação médica e reavaliação há cerca de 12h.

Uma enfermeira foi prontamente falar com a médica para garantir que a observação fosse o mais rápido possível e, posteriormente, chamou-me. Contou-me o sucedido, apresentou-me à D. Camila e pediu-me para falar com a cliente, pois encontrava-se sozinha, sem acompanhante. Ainda que sem privacidade, no corredor, abeirei-me da D. Camila, ficando ao seu nível e perguntei-lhe com quem vivia, ao qual respondeu que vivia sozinha. Perante esta informação, perguntei se tinha algum apoio para as refeições ou limpeza da casa e se, em alguns momentos estava acompanhada. Ela respondeu-me que, há uns meses, após um acidente vascular cerebral (AVC), ficou com diminuição da mobilidade e medo de cair e como vive no 2º andar sem elevador, o Centro de Dia levava-lhe as refeições, mas como não gostava da comida, desistiu. Agora é a irmã, a D. Florinda, que lhe leva as refeições todos os dias. Por necessidade de ser esclarecida disse à cliente “A D. Camila veio ontem no final da tarde para o hospital. A sua irmã sabe que está cá?”. Respondeu-me que “a minha irmã não vai lá todos os dias, vai de vez em quando e deixa-me lá comida. Ontem não foi, nem sabe que estou aqui”. E como veio para o hospital? “Chamei os bombeiros, senti-me tão mal”. Perante isto, a cliente deu-me o número de telefone de casa da irmã, que tinha memorizado, pedindo para eu a informar que estava no hospital, em observação.

Nesta altura, vários sentimentos e pensamentos submergiram, nomeadamente, a solidão daquela senhora fechada numa casa, sem companhia, apenas via a irmã quando esta a visitava; se esta solidão não seria motivo suficiente para recorrer ao hospital; a fragilidade da pessoa num serviço de urgência, um ambiente estranho e inóspito, onde permanecia há cerca de 12h, como se tudo fosse normal; o seu ar sereno e encantador com que comunicava esta sua vida, sem resignação ou revolta.

---

<sup>100</sup> Os nomes apresentados são fictícios.

Falei com uma colega de humanização para saber onde podia telefonar, ela informou-me que o administrativo do GIA faria a chamada; pedi a chamada e que gostava de falar com a D. Florinda. A chamada foi prontamente realizada e atendida pelo cunhado, que reagiu de uma forma negativa quando soube que a D. Camila estava no hospital, respondendo “passa a vida a ir para aí, venha para casa como foi para o hospital”, foi mal-educado com o administrativo e desligou o telefone. Neste momento fiquei revoltada comigo mesma porque não tomei a iniciativa de fazer a chamada, talvez tivesse a oportunidade de falar com a irmã ou percebido este desagrado do cunhado. Informei a D. Camila que tinha ligado e que o cunhado recebeu o recado, ela não fez perguntas; e a médica veio buscá-la para reavaliação. Esta situação deixou em mim uma marca, a marca que não atuei da melhor forma nesta situação. Deveria ter ligado à família e não deixar que o administrativo ligasse, mas como é o procedimento e estava no 1º dia no SU, permiti. Mas não voltarei a permitir, pois foi uma oportunidade perdida para entender melhor este contexto familiar e o tipo de relações existentes entre eles. Esta era a minha oportunidade de, enquanto aluna de especialidade e enfermeira, agir de uma forma diferente e que pudesse responder às necessidades daquela cliente. Acrescento ainda que não tive possibilidade de seguir a situação, pois a D. Camila foi levada ao 3º piso para observação por Cirurgia Maxilo-Facial e “perdi-a”, o que me fez perceber que é necessário uma maneira de referenciar estas situações para haver uma continuidade de cuidados.

Refletindo sobre a situação, destaco como aspeto negativo não ter ligado e falado com a irmã, e como aspetos positivos o tipo de interação que consegui estabelecer com a D. Camila, conseguindo entender a sua realidade, mesmo quando ela não contou tudo, principalmente das visitas da irmã; o facto de ter entendido como possível foco de atenção a solidão e a preocupação que tive de ficar ao mesmo nível da senhora, baixando-me, permanecendo junto a ela, criando um espaço e momento nosso fora da confusão do corredor.

Em suma, a minha intervenção junto da família não foi conseguida talvez por falta de experiência naquele serviço, no entanto considero uma lição para posteriores situações. No futuro tomarei conta das situações e serei autónoma, ligando diretamente para os familiares. Por outro lado, se esta situação se repetisse seria

necessário negociar com a cliente alguma solução para sair de casa ou ter alguma companhia, se ela assim entendesse, bem como ouvir a irmã. Considero necessário uma rede de apoio para a D. Camila que a estimule, a torne mais autónoma e diminua a solidão.

**APÊNDICE IX – DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: ACOMPANHAR A  
FAMILIA NUMA SITUAÇÃO DE FIM DE VIDA**



## **Diário de aprendizagem: Acompanhar a família numa situação de fim de vida**

Refletir sobre uma situação vivenciada é sempre um ganho na medida que se pensa sobre o que se executou, revê-se a ação e equaciona-se soluções, novas abordagens. Quando se reflete escrevendo, este processo torna-se mais claro e proveitoso na medida que é necessário organizar ideias, torná-las coerentes, e refletir no modo como se escreve e se transmite aos outros os nossos pensamentos. A situação que vou descrever ocorreu durante a hora da visita no SU.

A D. Adelaide<sup>101</sup> foi visitar o seu marido na companhia de uma vizinha, a D. Mariana. Ao chegar junto do marido, este não comunicou com ela, razão pela qual chamou a enfermeira que a informou que a situação clínica se tinha agravado durante a noite. Esta saiu da sala muito chorosa e foi ter com a vizinha à sala de espera para contar o sucedido. Passados uns momentos, a D. Mariana abordou-me do seguinte modo. “Sra. enfermeira, eu ia entrar com a esposa do Sr. da cama 3, mas vejo a cortina corrida, será que ele morreu? Disseram agora que estava muito mal”. Pedi para aguardar um pouco que ia perceber o que se passava, confirmando previamente que a esposa não estava ali. Quando cheguei junto da unidade, as cortinas estavam fechadas. Abri-as, entrei e estava lá a médica que o ia observar; com um ar sereno e triste confirmava o óbito. O Sr. João tinha falecido após a visita da esposa. Fiz silêncio, aconcheguei a roupa da cama e quando o olhar da médica se cruzou com o meu, informei que a esposa encontrava-se presente para o visitar e que não esperava a notícia. Fui ter com a D. Mariana, que comovida, disse “é, não é, Sra. enfermeira?” A minha expressão não verbal falou.

A médica veio de seguida, chamou a esposa para dar a notícia. Esta já vinha a chorar, a dor transparecia no rosto. A médica delicadamente, disse que tinha que falar com ela. E preparava-se para dar a notícia numa sala cheia de gente, gente constantemente a passar por ali. Então, sugeri que fôssemos ao gabinete médico por ser mais sossegado. Ela anuiu. E informou que o Sr. João tinha falecido. A esposa foi despedir-se do marido “o meu companheiro de tantos anos” acompanhada por mim e pela médica; perguntei se queria ficar sozinha, mas respondeu que não. E no seu tempo, saiu, foi para a sala de espera e chorou, e

---

<sup>101</sup> Os nomes apresentados são fictícios.

gritou, libertando a sua dor. Mantive-me presente, ao lado. Apenas perguntei se tinha alguém que queria que ligasse, mas a vizinha já contactava uns sobrinhos que viviam no Porto, visto este casal não ter filhos. E ali fiquei até a vizinha chegar e me assegurar que, já não poderia oferecer mais nada.

No momento que vivi a situação, a minha preocupação major prendeu-se com a esposa, em proporcionar algum conforto e privacidade naquele momento de tristeza, dor e sofrimento para poder iniciar o luto. E o meu sentimento foi de tristeza face à perda da D. Adelaide e ao seu ar de desamparo, como que se perdesse uma parte dela e da vida naquele momento. Posteriormente e com mais calma, refleti em três aspetos: as cortinas fechadas como simbolismo da morte para as famílias; o simbolismo da despedida, ou seja, o Sr. João esperou pela esposa, despediu-se e partiu em paz; a falta de conhecimento da esposa para com a possibilidade da morte, bem como a importância dada pelos enfermeiros na preparação da família e no cuidado especial a estas situações. E fiquei triste por se descurar a morte e a dor dos que acompanham a pessoa no fim da vida. E isto é mau! Para os enfermeiros e para a família. Apesar disto, considero que a minha intervenção foi adequada na medida que estive presente, sem pressa, com disponibilidade para ouvir e acompanhar aquela família, tive o cuidado de perguntar se queria despedir-se sozinha e permiti que aquela notícia não fosse dada na azáfama de uma sala com cem pessoas, mas antes num espaço, onde nada mais acontecia, e o barulho se dissipava.

Esta situação remete-me para o modo como se transmitem as más notícias, que tanto me preocupa, pois considero importante o estabelecimento de uma relação empática prévia e para o modo como os enfermeiros lidam com a morte. Os enfermeiros têm de estar capacitados para preparar o cliente e a família para a morte, bem como acompanhá-los face às suas necessidades. E nesta situação nada se sabia do cliente ou da família. “Gostaria a esposa de estar presente naquele momento de mãos dadas? Não teria a esposa o direito de saber que se tratava de uma situação de fim de vida? E o Sr. João, será que queria morrer no hospital?”. Penso que nestas questões reside o que de melhor um enfermeiro pode fazer para com uma família, implicar-se naquele momento como parceiro. Estas situações, em minha opinião, deveriam ser referenciadas para serem trabalhadas com a família. O

que faria de diferente hoje? Se fosse “apanhada” na situação como outrora, não sei se teria capacidade de outro tipo de resposta, mas se tivesse conhecimento, a disponibilidade e acompanhamento à família teria sido privilegiado desde a chegada ao serviço, para estarem informados e não terem de ler sinais.

**APENDICE X – NOTA DE CAMPO: REFERENCIAÇÃO PARA  
CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS**

## **Nota de campo: Referenciação para Cuidados de Saúde Primários**

A articulação entre o hospital e os cuidados de saúde primários assume-se cada vez mais como uma necessidade emergente de trabalho em parceria. Centrando-me na realidade do Serviço de Urgência, é de extrema importância que se desenvolvam relações estreitas e recíprocas de proximidade com a comunidade, cabendo ao hospital a referenciação de clientes, a informação de admissões ao SU e à comunidade a supervisão, orientação e prevenção de situações de doença e vulnerabilidade.

A referenciação de situações de clientes para os enfermeiros da comunidade assumia-se também como um dos meus objetivos do ensino clínico pela sua importância para um melhor acompanhamento do cliente idoso no domicílio. Assim sendo, vou relatar a situação da D. Manuela<sup>102</sup>, uma senhora de 70 anos de idade que se encontrava no SU em regime de ambulatório. A cliente recorreu ao SU por dispneia e farfalheira, admitindo-se na altura, o diagnóstico de insuficiência respiratória parcial. Como antecedentes pessoais salienta-se hipertensão pulmonar seguida em consulta de Cardiologia e Pneumologia, tendo recusado cirurgia; sob oxigenoterapia de longa duração com O<sub>2</sub> a 1,5l/min durante 24h e é polimedicada.

No dia seguinte, a cliente mantinha dispneia em repouso com melhoria gasimétrica. Atendendo à cronicidade da situação e ao risco de infeção associada aos cuidados de saúde, foi explicado pela médica à D. Manuela a importância de não ficar internada no hospital, o qual aceitou e entendeu, estando plenamente consciente do seu estado de saúde e das suas limitações. A médica pediu apoio à enfermeira de humanização para este processo, com a qual colaborei.

Era então necessário criar uma rede de apoio à cliente na medida que vivia sozinha. Para garantir a eficácia desta rede, iniciei a minha intervenção pela avaliação de alguns itens indispensáveis para a avaliação global da pessoa idosa, nomeadamente, os Índices de Lawton e Brody e Índice de Barthel, escala de dispneia e conhecer a adesão à terapêutica, bem como perceber a sua adaptação à dispneia progressiva caracterizada pelo processo patológico; pretendia como objetivo pretendia conhecer as necessidades reais da pessoa. Através da avaliação

---

<sup>102</sup> Os nomes apresentados são fictícios.

do Índice de Barthel e de Lawton, a cliente é moderadamente dependente. Relativamente à dispneia, um problema central para esta pessoa, considerei pertinente fazer uma avaliação recorrendo a instrumentos validados.

A cliente considerou o seu estado de dispneia como grau V – demasiado cansaço ou sem fôlego para sair de casa, vestir ou despir (Medical Research Council Dyspnoea Questionnaire- MRCDQ) (DGS, 2009). A escolha desta escala recaiu pela facilidade de resposta, uma vez que as restantes escalas, embora mais específicas e elucidativas careciam de maior comunicação e cansaço por parte da cliente. Percebi que conhecia a terapêutica, os seus efeitos e reconhecia a importância de a tomar para sobreviver, pelo que, considerei não haver problema face à adesão do regime medicamentoso. Por fim, a cliente verbalizou que ao longo da vida se tinha adaptado a fazer a sua vida de acordo com o cansaço sentido e que atualmente, o cansaço piorava e tinha medo de ficar dependente dos filhos. Por essa razão, foi aconselhada a poupar energia e realizar as tarefas de forma gradual e com vários períodos de repouso.

Posteriormente, foram contactados os dois filhos que compareceram no SU e de forma presencial se responsabilizaram nos próximos 5 dias no acompanhamento e realização de AVD's à mãe, nomeadamente, em levar as refeições e cuidar da casa, bem como em estarem disponíveis para ajudar. Após a garantia de cuidados de manutenção pela família, procedeu-se à articulação de cuidados com a comunidade. Contactou-se telefonicamente a colega da UCSP (Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados) da área de residência, explicou-se a situação e pediu-se acompanhamento domiciliário para supervisão do papel dos cuidadores e vigilância da função respiratória. Garantiu-se cuidados de enfermagem no domicílio nos dias úteis, o que se considerou adequado. Realizou-se os registos de enfermagem em processo clínico, procedeu-se ao preenchimento de folha de articulação de cuidados de enfermagem vigente no serviço, cuja cópia foi anexada ao processo e enviada via fax para a UCSP ao cuidado da enfermeira de referência. Para finalizar o processo, requisitou-se ambulância e informou-se a cliente de todo o processo.

Esta situação proporcionou-me desenvolver competências no cuidado à pessoa com insuficiência respiratória, nomeadamente no recurso a escalas de dispneia, a melhor escolha perante as situações, o uso adequado da mesma e a sua real importância

na vida da pessoa. Por outro lado, após a situação senti necessidade de conhecer estratégias específicas para poupar energia e diminuir o esforço para posteriores situações, aumentando assim, o nível de conhecimentos nesta área. Para além destas aprendizagens, ressalto o estabelecimento de uma interação com a colega da comunidade e desenvolvimento de todo o processo de referenciação. Por último, sublinho o bom exemplo desta situação, mantendo a pessoa em casa, acompanhada e com garantia de cuidados, bem como o trabalho desenvolvido em equipa que considero crucial no cuidado ao outro.

**Bibliografia:**

Ministério da Saúde. (2009). Orientações Técnicas sobre Reabilitação Respiratória na Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica. Direção Geral de Saúde

**APÊNDICE XI - NOTA DE CAMPO: REFERENCIAÇÃO PARA  
CUIDADOS CONTINUADOS**



### **Nota de campo: Referenciação para Cuidados Continuados**

O momento da alta para o domicílio pode constituir um problema face ao grau de dependência da pessoa idosa e/ou necessidades que possui. Um dos recursos na instituição onde realizei o ensino clínico, é a unidade de Cuidados Continuados que presta cuidados diários das 8-23h.

Numa situação, ponderou-se que a unidade de Cuidados Continuados seria um bom recurso para o cliente. Para isso, de acordo com a norma institucional, procedeu-se ao preenchimento de um pedido de avaliação para posterior avaliação pelos colegas. Desse impresso constam alguns pontos, os quais irei falar e descrever a situação do cliente, para posteriormente fazer uma breve apreciação do instrumento.

- Tem idade igual ou superior a 65 anos? - sim
- Tem uma situação crónica/complexa? - sim
- Está em situação de cuidados paliativos? - não
- Está acamado? - sim
- Tem úlceras de pressão? - sim
- Tem dependência nos autocuidados? - sim
- Informação clínica (problemas e diagnósticos médicos) – cliente de 92 anos de idade, com quadro demencial há 5 anos. Apresenta UP (úlceras de pressão) grau IV desde há 2 semanas, (segundo informação da filha), razão pela qual recorre ao SU encaminhado pela enfermeira de referência na comunidade. Foi observado por Cirurgia Geral que deu indicação para manter pensos, iniciar antibioterapia e referenciou para consulta de Cirurgia Plástica.
- Terapêutica: lorazepam 2.5mg à noite desde há 5 anos; quetiapina 100mg à noite desde há 5 anos. Amoxicilina +ácido clavulâmico 8/8h p.o desde hoje.
- Diagnóstico social – vive com a filha e genro; a filha é a principal cuidadora, encontra-se desempregada e o genro é empresário de automóveis usados, encontrando-se com dificuldades económicas (informação fornecida pela filha). Por esta razão, foi pedido apoio domiciliário para cuidados de higiene diários e pedido de cama articulada; foi também referenciado para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

- Avaliação nutricional – cliente emagrecido e desnutrido (Mini Nutritional assessment =4). Segundo a filha apresenta disfagia a líquidos.
- Diagnósticos de enfermagem – dependência total nas AVD's (Índice de Barthel =0); UP grau IV na região sagrada, trocanter direito e esquerdo, calcâneo direito e esquerdo; desnutrição; sobrecarga do cuidador em grau moderado (Entrevista de Zarit)
- Intervenções de enfermagem – tratamento de UP; reforço hídrico e proteico (recurso a espessante); capacitação do cuidador no seu papel; otimizar as suas dificuldades, ensinar estratégias e intervenções de cuidar

**Apreciação:** a avaliação é da total responsabilidade do enfermeiro, a equipa multidisciplinar não é envolvida neste pedido de colaboração. A avaliação realizada do cliente incluiu escalas na medida que foi realizada por mim, não sendo prática o uso das mesmas no SU face ao desconhecimento.

A avaliação pelos colegas da Unidade de Cuidados Continuados é realizada ainda com o cliente internado e avaliam Índice de Barthel, Escalas de Braden, Coma de Glasgow e Graffar. Este facto faz-me questionar a diferença de práticas entre serviços na mesma instituição e também o facto de não se capacitar alguns enfermeiros para a avaliação multidimensional da pessoa idosa, nomeadamente os enfermeiros de humanização. Por essa razão, conversei com a colega responsável pelo GIA, discutimos este pedido de colaboração e falamos sobre a importância da avaliação através de escalas. Ela percebeu a necessidade de colmatar este défice, pediu-me informação e realizamos algumas para ser mais facilitador no processo de aprendizagem.

**APÊNDICE XII- DIÁRIO DE APRENDIZAGEM: DESPISTE DE  
VIOLÊNCIA NA PESSOA IDOSA COM DEMÊNCIA**

## **Diário de aprendizagem: Despiste de violência na pessoa idosa com demência**

Cuidar de pessoas idosas têm-se assumido, para mim, ao longo do ensino clínico, um desafio na medida que o meu modo de olhar sobre a pessoa idosa modificou-se. Olhar a pessoa idosa é percebê-la e enquadrá-la na história da sua vida, dar-lhe autonomia, capacidade de decisão ainda que em pequenos pormenores tão significantes para ela, entender a sua fragilidade e identificar fatores de vulnerabilidade. Só olhando desta forma para a pessoa idosa e não a despojando da sua dignidade e personalidade se pode intervir e cuidar de uma forma individualizada.

Se há pessoas idosas cognitivamente capazes, com poder de decisão, também há as que, por processo de doença ou idade possuem alterações na sua capacidade cognitiva. E sobretudo nestas pessoas reside alguma dificuldade na interação, na negociação e na identificação de situações de violência.

A D. Joana<sup>103</sup> é uma senhora de 84 anos de idade, viúva que vive sozinha, numa habitação de rés-do-chão, com a sua cadela, que não se lembra o nome. Foi trazida ao Serviço de Urgência pela Polícia de Segurança Pública (PSP) por dor torácica, que negou à entrada do mesmo. Apresenta vários episódios de urgência semelhantes, com evidência de maus cuidados de higiene e fome, razão pela qual está referenciada na linha de emergência social. Tem uma filha e um neto que não se assumem como cuidadores porque “a cabeça dela não está boa”. Há ainda uma referência de violência por parte da filha em processo clínico, acrescentando-se que não deve ser contactada a filha (desconhece-se quem deu a informação - PSP?). Após investigação da assistente social, parece uma informação errada. Coloco as minhas interrogações. A família não compareceu para visitar a D. Joana. Aguarda encaminhamento social para institucionalização.

Aproximei-me da D. Joana, cumprimentei-a, perguntei se podia sentar-me ao seu lado, assentiu. Uma senhora com idade real coincidente com a idade aparente, uns olhos azuis bastante expressivos que condiziam com a sua simpatia e o seu sorriso, à medida que ia falando. Orientada na pessoa e no local, mas desorientada no tempo e na idade. Apresentava no seu discurso momentos em que se esquecia das

---

<sup>103</sup> Os nomes apresentados são fictícios.

palavras ou das ideias, mas tinha essa percepção. Apenas referiu a filha porque perguntei diretamente se tinha filhos.

Após alguns momentos, perguntou-me se eu queria ir lá a casa conhecer a filha “vai gostar muito dela e ela de si”. Sorri e disse que podíamos combinar essa visita. Perguntei “então e a sua filha ajuda-a lá em casa?”, ao que me respondeu “é muito boa para mim, vale muito”. Perante isto, senti-me “desarmada”, não tinha conseguido apurar a suspeita descrita em processo clínico ; porém, o estado de consciência não podia ser considerado fidedigno. E nesse momento, pensei mais uma vez nas dificuldades em identificar situações de violência, especialmente, em pessoas idosas mais vulneráveis.

Neste contacto com a D. Joana, observei que tinha maus cuidados de higiene, com odor significativo, a roupa encontrava-se suja bem como os sapatos que continham detritos de aves, pelo que, imensas moscas a rondavam. Iniciei então um processo de negociação com a cliente para os cuidados de higiene, que ela não assentiu. Mostrei-lhe a roupa suja na tentativa de elucidá-la, mas recusou sempre. Perante a situação e contra a sua vontade, levei-a ao duche. Vários sentimentos se tocavam: por um lado, a necessidade de cuidados de higiene; por outro, a minha incapacidade de negociação, prestar cuidados de higiene<sup>104</sup> sem consentimento, sendo que a cliente gritou praticamente todo o banho, dizendo “eu não quero isto, atiro-me para o chão, quero morrer”, ao qual ia falando com ela de modo a mostrar-lhe que ficava melhor. Após o banho foi hidratada, vestiu-se com roupa lavada que existe para estas situações. Quando se viu ao espelho do elevador, exclamou “esta sou eu!”. E ficou calma e serena, sentada no cadeirão, dormitando. As pessoas referiam “nem parece a mesma”. A verdade é que senti que, de algum modo lhe tinha devolvido a dignidade que me era permitida oferecer-lhe.

Refletindo nesta situação, identifico como fatores positivos a interação inicial que consegui estabelecer, a tentativa de negociação e a consciência de que era necessário prestar alguns cuidados. Quanto á identificação de violência tinha duas

---

<sup>104</sup> Segundo Melo (2005, p. 191), nas pessoas idosas com demência, a higiene é uma tarefa complexa pela sua execução e pela “frequência de estímulos difíceis de interpretação por parte do doente”; associada habitualmente a alterações do comportamento como agressividade e resistência, tornando a situação dolorosa para doente e cuidador. Existem vários aspetos a ter em conta: diminuição do desconforto pelo frio, barulho da água e manipulação rápida, os jatos fortes de água assustam pelo que deve-se iniciar o banho pelos pés na direção à cabeça.

possibilidades, apurar alguns elementos com a D. Joana e falar com a família. A primeira possibilidade foi infrutífera e a segunda impossível porque a família não quis saber da situação, referindo, em situações anteriores que tem de haver uma solução social. Tendo em conta estes aspetos, procurei na evidência algumas respostas.

Seria importante investigar a origem do descrito em diário clínico relativamente à situação de violência pela filha, na medida que, o risco de violência aumenta em pessoas idosas com demência<sup>105</sup> (Williams, Sammut, & Blaxland, 2006, p. 567, cit. por Pisani e Walsh, 2012), em situações de sobrecarga do cuidador ou situações de stress (Buckwalter, Campbell, Gerdner, & Garand, 1996, cit. por Pisani e Walsh, 2012). Cooper, Selwood e Livingston (2009) corroboram com a ideia de que as pessoas idosas com demência encontram-se mais expostas a estas situações, pelo que deve ser realizado despiste de violência (Choi & Mayer, 2000, p. 9 cit. por Pisani e Walsh, 2012). Esta investigação e o despiste deve ser realizado de forma multidisciplinar (Lachs e Pillemer, 2004), na medida que a violência é multifatorial, pelo que o médico, assistente social e enfermeiro deveriam trabalhar em equipa. Nesta situação em particular, o enfermeiro responsável encaminhou para assistente social e o médico descreve em processo clínico: “caso social!”, ou seja, não se trabalham estas situações em equipa, sendo importante apostar nesta área, o que justifica o meu projeto.

Relativamente ao instrumento de rastreio mais adequado e segundo uma revisão sistemática da literatura realizada por Pisani e Walsh (2012) posso constatar que, para pessoas idosas com demência a forma mais eficaz de despiste é a realização de rastreio ao cuidadores, sendo o instrumento CASE (*Caregiver Abuse Screen*) o mais adequado, embora também tenha algumas limitações. O EAI (*Elder Assessment Instrument*) é um instrumento usado em SU para avaliação clínica, podendo ser útil. O que posso concluir? Em situações de pessoas idosas com demência interessa conhecer estes instrumentos para poder mobilizar o melhor que

---

<sup>105</sup> Existem critérios de demência do CID-10: (1) síndrome causada por doença cerebral, geralmente progressiva, afetando a memória e uma ou mais funções cognitivas superiores, como pensamento abstrato, orientação, compreensão, cálculo, aprendizagem, linguagem e juízo; (2) sem alteração do nível de consciência ou alerta; (3) em geral afetando o controlo emocional, comportamento social ou motivação; (4) em geral com interferência nas atividades de vida diária, dependendo do ambiente cultural e social do cliente.

têm para despistar situações de violência, sendo que o instrumento que adotei no projeto, QEEA (*Questions to Elicit Elder Abuse*) não responde a esta situação específica, na medida que é imperativo garantir a competência cognitiva da pessoa idosa. Saliento a importância de identificar os fatores de risco de acordo com o preconizado pela WHO (2011): ser do gênero feminino com mais de 74 anos de idade, dependência física e psicológica elevada, demência, mudança de comportamento, fraca relação com a filha, isolamento social e suporte social deficitário. Identificam-se também sinais de alerta: maus cuidados de higiene corporal e do vestuário, alterações cognitivas. E pela presença dos fatores de risco e dos sinais preconiza-se uma intervenção. De acordo com a pesquisa realizada, pela falta de autonomia e capacidade de tomar decisões e crescendo a demissão da filha do papel de cuidadora, a intervenção mais adequada é a institucionalização, maximizando a segurança e dignidade humana.

Cuidar da pessoa idosa com demência, na minha perspectiva, assume um conhecimento mais aprofundado, pelo que realizei alguma pesquisa (selecionada por autores de referência) de modo a garantir cuidados de enfermagem baseados na evidência e nas necessidades reais dos clientes. Tendo em conta a manutenção da pessoa idosa com demência no domicílio, a avaliação deve ter em conta uma abordagem global baseada na reconstituição da sua história de vida; avaliação da capacidade funcional na realização das AVD's (Índice de Barthel) de modo a "prestar toda a ajuda necessária, mas... apenas a ajuda necessária"; identificação de comportamentos; manutenção de hábitos para diminuir sensação de segurança ameaçada; avaliação do estado nutricional (Mini Nutritional Assessment) pela maior probabilidade de perda de peso; avaliação do ambiente com o intuito de desenvolver um ambiente capacitador pelo que o uso de checklist de orientações por divisão é um instrumento importante; avaliação do cuidador (estado de saúde e capacidades de cuidador na prestação de cuidados).

Relativamente aos cuidados de higiene, alguns aspetos não tinha noção, nomeadamente a importância de começar pelos pés, colocar uma manípula no chuveiro para diminuir o jacto de água. Refleti também sobre a importância do corpo e o significado pessoal atribuído por cada cliente. E lembrei-me de um conceito proposto por Collière (1999, p. 264), "a sensibilidade: procurar o que o outro

experimenta, o que sente, e tentar perceber, com mais clareza, o que nós próprios sentimos”. E foi uma sensação de grande desconforto pessoal e profissional sentir o que a D. Joana tinha sentido e perceber a causa do meu desconforto, não ter prestado cuidados de excelência.

Em suma, salienta-se que “profissionais bem informados sobre a demência, com capacidade de uma intervenção criativa e humana (...) são indispensáveis para prevenir e controlar a incapacidade e a dependência que caracterizam a pessoa que sofre de demência” (Melo, 2005, p. 197).

### **Bibliografia:**

- Collière, MF. (1999). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: LIDEL
- Cooper, C. *et al* (2009). The sensitivity and specificity of the Modified Conflict Tactic Scale for detecting clinically significant elder abuse. *International Psychogeriatrics*, 21
- Lachs, M; Pillemer, K. (2004). Elder abuse. *The Lancet*. 364, 1263-1272
- Melo, G. (2005). *Apoio ao doente no domicílio* pp. 183-198. In Castro-Caldas, A., Mendonça, A. A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal. Lisboa: LIDEL Editora
- Pisani, L., Walsh, C. (2012). Screening for elder abuse in hospitalized older adults with dementia. *Journal of Elder Abuse&Neglect*, 24 (3), 195-215
- World Health Organization (2011), *European report and preventing elder maltreatment*. Acedido em 3 de dezembro de 2011. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)



## **APÊNDICE XIII – FICHA DE LEITURA**

## Ficha de leitura

**Artigo:** *Screening for elder abuse in hospitalized older adults with dementia*

**Ano:** 2012

**Revista:** Journal of Elder Abuse & Neglect, 24:3, pp.195-215

**Autores:** Leslie Pisani e Christine Walsh

**Keywords:** screening tools, elder abuse, dementia

**Objetivo do artigo:** aumentar a consciencialização da necessidade de rastreio em pessoas com demência; sustentar a prática na literatura; encorajar a implementação de suporte administrativo com sucesso; e assistir na educação de outros profissionais envolvidos na prevenção e tratamento da violência.

Definições/ autores importantes para a temática	Resumo
<p>Elder abuse (WHO, 2009) – ato único ou repetido....</p> <p>A prevenção é cada vez mais importante face ao aumento da população idosa.</p> <p>Na população idosa aumentou o diagnóstico de demência, perto de 50% com idade &gt;85 anos (American Association for Geriatric Psychiatry, 2004).</p> <p>Pessoas com demência é mais provável serem vítimas de violência (Patterson &amp; Ploeg, 2007), ideia corroborada por Anetzberger <i>et al</i> (2000) nos seus estudos.</p> <p>Flannery (2003) – incapacidade cognitiva era relatada na violência de membros da família e recomenda assistência médica para despiste</p>	<p><b>Uso de rastreio de abuso nos cuidados de saúde</b></p> <p>1992 – AMA recomenda rastreio a população geriátrica. Estados Unidos da América, Canadá e Inglaterra consideraram que o suporte científico não era suficiente para suportar a ideia que produzia menos danos que benefícios, pelo que não recomendavam rastreio por rotina (Perel Levin, 2008, p.198). Para além disso, existiam poucos instrumentos e pouco válidos, sendo importante desenvolver características psicométricas dos instrumentos (Cooper, Manela <i>et al</i>, 2008; Lachs e Pillemer, 2004). Callonge (2004) justificou pela falta de evidência.</p> <p>Em 2008, Perel-Levin concluiu que era eticamente inaceitável o rastreio de rotina face à elevada associação de mortalidade,</p>

<p>de situações de violência.</p> <p>Os sintomas da demência dificultam a comunicação de situações.</p> <p>Sobrecarga do cuidador e stress implicam aumento de violência na pessoa com demência (Buckwalter, Campbell, Gerdner, &amp; Garand, 1996). A redução de sobrecarga do cuidador enquadra-se na prevenção I ou III para prevenir ou reduzir o impacto da violência (Cooper, Manela, Katona, &amp; Livingston, 2008, p.197).</p> <p>A relação entre demência, desordens psiquiátricas e violência de idosos é tão forte que a deteção de demência e problemas psiquiátricos deve sugerir o caminho do combate da violência de idosos (Cooper <i>et al</i>, 2006).</p> <p>Canadian Network for the Prevention of Elder Abuse (CNPEA, 2007) – define prevenção secundária como as atividades que se referem a uma deteção precoce e intervenção nas situações.</p> <p>Cooper, Selwood e Livingston (2008) – 6% da população geral é abusada; rácio aumenta para 25% em pessoas dependentes. Logo, uma substancial proporção de pessoas hospitalizadas com demência e problemas psiquiátricos podem ser vítimas ou em risco de violência. Estes dados levam a uma recomendação para rastreio frequente (Choi &amp; Mayer, 2000, p. 9).</p> <p>As situações identificadas no hospital devem</p>	<p>violência e problemas de saúde e ao baixo nível de suspeita e autorrelato e elevada aceitação pelo idoso.</p> <p style="text-align: center;"><b>Implementação do rastreio</b></p> <p>Rotinas de rastreio criam oportunidades para a prevenção e confiança das vítimas quando reportam o que se perguntou (Scott, Wasoff, McKie, Seddon, &amp; Morton, 2004, p.200).</p> <p>Lachs e Pillemer (2004) recomendam a apreciação na ausência do cuidador na medida que este pode ser o agressor. Os profissionais da equipa precisam conhecimentos sobre requerimentos e avaliação, bem como do tipo de intervenção. Deve existir protocolo para decisão formal. A educação e conhecimentos dos profissionais é indispensável para o sucesso da implementação de medidas de rastreio.</p> <p>Perel-Levin (2008) reconhece que a educação da equipa sobre questões de autonomia e segurança do idoso e o seu direito de escolha, a necessidade de continuar a procurar oportunidades de educação e o acesso aos recursos bem como o reconhecimento dos seus sentimentos é essencial.</p> <p>É necessário pedir permissão para aplicar o instrumento. Outro aspeto prende-se com a necessidade da equipa conhecer diferentes valores, estilos de vida e grupos culturais para uma avaliação mais correta (Podniecks, 2008 e McGarry e Simpson, 2007).</p> <p style="text-align: center;"><b>Revisão sistemática sobre rastreio em abuso de idosos</b></p>
--	--

<p>ser analisadas em equipa multidisciplinar porque o abuso tende a ser multifatorial e beneficia-se com as diferentes áreas de conhecimentos (Lachs e Pillemer, 2004).</p> <p>Protocolos de gestão de casos – procurar em Bass, Anetzberger, Ejaz, &amp; Nagpaul, 2001; Bomba, 2006; Lachs &amp; Pillmer, 2004; Patterson &amp; Ploeg, 2007</p>	<p>Foi realizada uma revisão sistemática da literatura. Deparam-se com muitas críticas relativamente aos instrumentos. Em 2004, Fulmer critica que os instrumentos ou são centrados na pessoa, ou incluem o cuidador no seu contexto de vida.</p> <p>Foram avaliadas as características psicométricas dos instrumentos.</p> <p>(1) Rastreio pela avaliação clínica</p> <p>IOA – Indicators of Abuse Screen: checklist de 22 problemas (p.203)</p> <p>EAI – Elder Assessment Instrument: 44 itens em escala de likert; usada em SU, aplicação 12-15min (p.204)</p> <p>BASE- Brief Abuse Screen for the Elderly; 5 questões; apropriado em SU (p.205)</p> <p>MDS-A - Minimum Data Set Abuse Screen: entrevista, baixa sensibilidade.</p> <p>Instrumentos mais adequados para hospital - EAI ou BASE</p> <p>(2) Rastreio por perguntas à pessoa idosa</p> <p>Este método consiste em entrevista; iniciar com questões gerais e partir para específicas; Wieland (2000) propõe algumas questões; indicado para ambientes extra-hospitalar.</p> <p>AMA – raramente usado; 9 questões sem validação (p.206)</p> <p>HS- EAST- Hwaleck-Sengstock Elder Abuse Screening Test short: 6 questões (p. 207)</p> <p>EASI – Elder Abuse Suspicion Index: 5 questões; apenas despiste de violência física; sem características psicométricas (p.207)</p> <p>CTS2S – Conflict Tactics Scale 2 Short: não é validado em população idosa, sendo uma</p>
--	--

	<p>limitação para usar em pessoas com demência (p.208)</p> <p>VASS - Vulnerability to Abuse Screening Scale: 12 questões; não adequada para a população idosa com demência (p.208)</p> <p>(3) Rastreio por avaliação do cuidador familiar</p> <p>CASE – Caregiver Abuse Screen Elder :8 questões de Sim/Não. Perel-Levin (2008) refere que pode ser usado para pessoas com demência; uso clínico (p.210)</p> <p>MTCS – testado em cuidadores de idosos com demência; apenas para despiste de violência física e psicológica</p>
--	---

**APÊNDICE XIV – ESTUDO DE CASO: SITUAÇÃO DE  
VULNERABILIDADE ACRESCIDA**

## **Estudo de caso: Situação de vulnerabilidade acrescida**

**Introdução:** O estudo de caso que se segue diz respeito a uma situação de cuidados vivenciada na comunidade durante as visitas domiciliárias.

O Sr. M. foi o cliente escolhido para a realização deste estudo de caso por diversas razões, nomeadamente, ser um grande idoso, ser seguido em visita domiciliar há três anos e por apresentar uma situação de vulnerabilidade acrescida, logo uma situação complexa de cuidados, preconizando-se a intervenção do enfermeiro especialista.

Importa lembrar que “toda a situação de cuidados é o encontro com uma pessoa que vive uma doença, uma deficiência, ou que encontra uma dificuldade que pode ter efeitos sobre a sua saúde” (Collière, 1999, p. 225).

O quadro conceptual de enfermagem que fundamenta esta situação de cuidados é Marie Françoise Collière. Considero dar resposta à situação de cuidados na medida que, a pessoa é entendida no seu contexto antropológico, sendo necessário conhecer as suas motivações, aspirações e interesses (Collière, 1999, p.296), ou seja, “uma abordagem global, que situa as pessoas no seu contexto de vida, tentando compreendê-lo em relação aos costumes, hábitos de vida, crenças, valores que veicula, bem como situar o impacto da doença e das limitações que lhe estão inerentes em relação a esse contexto”.

Nesta situação, adequa-se ainda o que se preconiza para os cuidados de enfermagem, uma interrelação entre “as condições de vida da família, o seu nível de educação e as suas capacidades de adaptação, para pouco a pouco a tornar cada vez mais apta a utilizar os meios e recursos de que dispõe para responder de modo apropriado às suas necessidades de saúde” (Collière, 2003, p. 230). Assim, os cuidados de enfermagem não são vistos como um ato individualizado que apenas considera a pessoa isolada no seu contexto de vida (Collière, 1999), mas antes respostas às necessidades vitais de ordem biológica, afetiva, social e económica e das inter-relações que se estabelecem entre elas, sendo portanto uma responsabilidade social.

A vulnerabilidade tal como o envelhecimento são processos inerentes à vida humana (Chesnay, 2008). Existem fatores determinantes para a situação de vulnerabilidade, nomeadamente, a idade (crianças e idosos), o género (feminino),

raça e etnias (as minorias), suporte social, educação, nível económico e crises/mudanças de vida (Chesnay, 2008). Logo, há fatores não modificáveis como a idade e género, e outros que podem ser modificáveis na medida que diminuem a vulnerabilidade e aumentam a qualidade de vida da pessoa, tais como, o nível socioeconómico, o suporte social e a educação (Rogers, 1997). Assim, os idosos são uma população vulnerável, no entanto pertencer a uma população vulnerável não implica obrigatoriamente ser vulnerável (Chesnay, 2008).

Rogers (1997) desenvolveu um modelo de vulnerabilidade que defende que o nível de vulnerabilidade de uma pessoa pode ser modificado se se intervir nas necessidades individuais ou ambientais identificadas (Rogers, 1997). Tendo em conta esta base teórica, é possível analisar a situação e fundamentar a intervenção.

### **Avaliação:**

#### **I – “O que sabemos da pessoa”**

<b>Dados Biográficos</b>	
Nome: M	Nome preferido: M
Idade: 78 anos <sup>106</sup>	Data de nascimento: 01-07-1934
Género: Masculino	Estado Civil: Viúvo
Nacionalidade: Portuguesa	Residência: VM
Escolaridade: 6ª Ano	Profissão: Reformado

O Sr. M. tem idade real e aparente sobreponível, consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa ( *Mini Mental State Examination* (MMSE) de 15), sem défices cognitivos. Apresenta sinais de tristeza e labilidade emocional. Pela escala de depressão geriátrica, encontra-se deprimido (10 pontos).

---

<sup>106</sup> Segundo Serrão (2006, p.132), existem três tipos de idosos: (i) idosos muito dependentes, com idades acima dos 85 anos e com dependência que resulta ou do envelhecimento natural ou surge “por doença, incluindo a doença oncológica em fase terminal”; (ii) idosos dependentes, cuja dependência é resultante, sobretudo, de doença crónica que obriga a tratamentos médicos constantes; (iii) idosos independentes, os que mantêm as suas capacidades mas estão inativos face ao estigma da reforma.



É simpático embora por vezes de poucas palavras, mas comunicativo e educado quando solicitado. O discurso é fluente, objetivo e coerente, com vocabulário diversificado. Mantém sensibilidade, coordenação e amplitude de movimentos nos membros.

Apresenta pele e mucosas coradas e desidratadas; edemas nas pernas, mais acentuado à esquerda. Em termos gerais, apresenta perímetro abdominal exuberante.

A pele das pernas tem uma cor escura e é pigmentada, desidratada, descamativa, apresenta integridade cutânea mantida. Os dedos do pé esquerdo encontram-se ruborizados e engurgitados, diminuição da temperatura e pulso pedioso filiforme.

O vestuário é limpo e adequado à estação do ano, predomina o azul e o cinza. O calçado não é adequado à estação do ano, mas adequado aos edemas dos pés e facilidade em calçar e descalçar-se.

O Sr. M. é viúvo desde janeiro deste ano, tendo a esposa, a D. A. falecido em casa após um AVC, sendo este o principal cuidador (tinha apoio para alimentação e cuidados de enfermagem). A morte da esposa assume-se como uma experiência de vida significativa negativa, ainda não ultrapassada. Conhece-se outro momento de transição, o fim da sua empresa e a perda do poder de compra e mudança de casa.

É reformado (era empresário), tendo um valor mensal de reforma de 613 euros e uma renda de casa de 400 euros, sendo o restante para as compras e medicamentos. Logo insuficiente.

O projeto de vida do Sr. M. centra-se em ajudar o filho mais novo face ao aumento da sua dependência nas atividades de vida diárias (principal cuidador do filho), com o qual se preocupa muito, não sabendo como o ajudar e como será o seu futuro na medida que se sente sem forças. É uma pessoa com baixos níveis de energia: fisicamente debilitado, psiquicamente preocupado e sem afetos por parte dos filhos, sem forças para viver. Teve uma boa adaptação ao processo de doença crónica, percebendo cada vez melhor as suas limitações.

Relativamente às necessidades humanas básicas, apenas são avaliadas as mais prementes para a situação.

- Necessidade humana básica respirar - o cliente apresenta dispneia a pequenos esforços nomeadamente levantar a perna quando se encontra

sentado, colocando-a em cima de um banco e deambular cerca de 30 metros. (dispneia em grau elevado - (MRCDQ) – Dispneia grau 5). Realiza oxigenoterapia cerca de 16h/dia com aporte de O<sub>2</sub> a 1l/min por óculos nasais. O cansaço provoca limitações na realização das atividades de vida diárias e na satisfação de necessidades humanas básicas, como comer e beber, manter-se limpo e proteger os tegumentos, movimentar-se e manter uma postura correta, vestir-se e despir-se, dormir e repousar e evitar os perigos. O Sr. M. adaptou-se à situação na medida que gere sozinho os equipamentos e as horas de oxigenoterapia e dorme com várias almofadas em posição de semi-fowler.

- Necessidade humana básica comer e beber - salienta-se que toma três refeições diárias (pequeno almoço, almoço e jantar), as quais não consegue confeccionar sozinho pelo cansaço; recebe ajuda esporádica do filho mais velho na confeção das principais refeições. Considera que apenas consegue terminar as refeições e levar a refeição ao filho, no quarto. Já não consegue realizar as compras. Para completar as refeições, senta-se na cozinha e demora várias horas.
- Necessidade humana básica eliminar - Apresenta quadro de diarreia e dor abdominal (escala numérica =4) que associa ao reinício da terapêutica com Daflon. O quadro de diarreia para além da dor e desconforto é condicionado pela dificuldade na deambulação e pelo filho mais novo permanecer muito tempo na casa de banho de manhã, apenas possuem uma casa de banho.
- Necessidade humana básica movimentar-se e manter uma postura correta - Deambula pela casa, sentando-se frequentemente. Apenas sai à rua para ir ao centro de saúde, de autocarro ou táxi. Apresenta uma marcha lenta e cambaleante, com pequenos passos, verificando-se cansaço a pequenos esforços e presença de adejo nasal.
- Necessidade humana básica vestir e despir-se - tem dificuldades em vestir e despir-se, principalmente, as meias, razão pela qual não coloca a meia elástica na perna esquerda. Usa umas sandálias de tiras durante todo o ano, forma possível de se adaptar a calçar-se e descalçar-se.

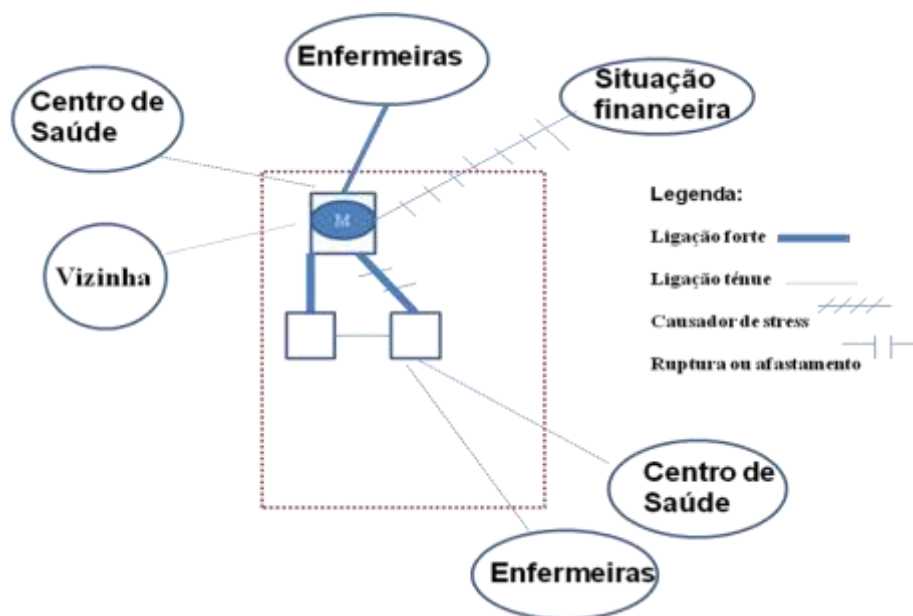
- Necessidade humana básica evitar os perigos - avaliado alto risco de queda (Índice de Tinetti). Apresenta sinais de medo face à situação de dependência do filho e não conseguir realizar as atividades em casa. Encontra-se ansioso. Gestão do regime terapêutico – avalia diariamente a Pressão Arterial (PA) ao levantar-se com equipamento de pulso. Revelou que habitualmente a PA está alta, mas não toma de imediato a terapêutica para ir ajudar o filho nos cuidados de higiene (antihipertensor e diurético) – afirmação do cliente

Pela avaliação efetuada, o cliente é moderadamente dependente nas AVD's (55 no Índice de Barthel) e severamente dependente nas AIVD's (22 no Índice de Lawton e Brody).

## **II – “O que sabemos dos que a cercam e do meio”**

Ambiente familiar: tem dois filhos, já adultos que cohabitam com ele. O filho mais velho é divorciado, trabalha num restaurante, regressa a casa muito tarde e tem problemas económicos. O filho mais novo tem diagnóstico de esclerose múltipla que não aceita; apresenta uma dependência progressiva nos autocuidados, sendo o pai o principal cuidador. A sua reforma é de 180 euros destinada à terapêutica e renda de uma casa que não habita. Não aceita ajuda externa, não percebe as limitações do pai, pelo que o pai refere egoísmo da sua parte. Relaciona-se com a namorada que o visita regularmente.

O Sr. M. apenas se relaciona com os filhos, não faz referência a outra família, nem a vizinhos. Vive isolado em casa pela dificuldade de subir e descer escadas e pelo medo de deixar o filho mais novo sozinho.



Legenda: Ecomapa do Sr. Mário

Habitação: Reside no 1º andar de uma moradia alugada, com escadas exteriores, com grande inclinação e com 22 degraus estreitos, assumindo-se como uma barreira arquitetónica. O corredor da casa é estreito e com mobiliário, o que dificulta a sua passagem e impossibilita a passagem de uma cadeira de rodas. A habitação possuiu 5 divisões: 2 quartos, uma sala transformada em quarto, cozinha e casa de banho com banheira e não adaptada às necessidades dos residentes. A habitação possui bastante humidade em todas as paredes que se encontram negras, o corredor e os quartos possuem alcatifa. As condições de higiene são más, apresenta-se suja e com pó, para além da acumulação de roupas e loiças em vários locais, pois ainda não foi arrumada desde a morte da D. A. O quarto do Sr. M. tem uma janela grande com bastante luminosidade e roupa em vários locais.

Quanto aos recursos da comunidade, apenas usufrui da visita domiciliária pelas enfermeiras. Já teve apoio domiciliário, que suspendeu por ser dispendioso.

### **III- “O que sabemos da doença”**

História da doença atual: O Sr. M. apresenta dispneia a pequenos esforços; fase de cicatrização de úlcera da perna; diarreia e mal estar abdominal; tristeza face à sua dependência e incapacidade de cuidar do filho.

É visitado no domicílio pelas enfermeiras para consulta de vigilância de enfermagem face à presença frequente de úlceras das pernas, controle da Pressão Arterial e pelo contexto familiar. É também seguido pelo médico de família e pneumologista.

Antecedentes pessoais: Enfisema pulmonar seguido em consulta de Pneumologia, sob oxigenoterapia; HTA medicada e não controlada; insuficiência venosa dos membros inferiores - proposta amputação 1/3 inferior da perna esquerda em 2007 que recusou, apresenta múltiplas úlceras de perna; colite ulcerosa com quadros de diarreia frequentes.

Medicação habitual: salbutamol e brometo de ipatrópio inaladores; lisinopril; furosemida; daflon; esomeprazol.

A limitação funcional mais relevante é a dispneia pelo contexto do enfisema pulmonar, o que lhe provoca muitas alterações /limitações a nível de outras atividades, nomeadamente na realização das atividades instrumentais e de vida diárias.

**Identificação de fatores de risco de violência (modelo ecológico):** idade, nível elevado de dependência física e psicológica, depressão, fraca relação com o filho e dificuldade de relacionamento, isolamento social e suporte social deficitário. Não se verifica situação de violência, mas sim de vulnerabilidade pelos fatores já mencionados.

### **Identificação dos principais problemas de enfermagem da família**

Com base na avaliação desta família foram identificados os problemas mais significativos que alteram de forma significativa o bem-estar e a qualidade de vida do Sr. M. e do filho.

Os diagnóstico de enfermagem e as intervenções de enfermagem são baseados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIFE), versão Beta 2 e norteadas pela linha orientadora de Collière.

- Dependência progressiva nos autocuidados
- Relacionamento dificultado com o filho
- Gestão do regime terapêutico inadequado
- Autocontrolo ansiedade alterado em grau elevado
- Rejeição da doença pelo filho

### **Intervenções individualizadas:**

#### Dependência progressiva nos autocuidados

- Expor por escrito a situação de grande vulnerabilidade desta família à Segurança Social, Câmara Municipal e Junta de Freguesia baseada numa avaliação multidimensional da pessoa idosa
- Envolver a equipa multidisciplinar
- Contactar paróquias com voluntários para ajudar nas compras, limpeza da casa
- Providenciar apoio diário para alimentação
- Providenciar apoio para limpeza geral e limpeza semanal

#### Relacionamento dificultado com o filho

- Mediação familiar realizada pelo enfermeiro entre o Sr. M. e o filho de modo a conversarem abertamente sobre as suas situações
- Pedir colaboração à psicóloga para ajudar na mediação familiar
- Conversar com o filho sobre a dependência do pai

#### Gestão do regime terapêutico inadequado

- Estimular a adesão ao tratamento
- Explicar os riscos da não adesão à terapêutica e de cada medicamento
- Explicar complicações decorrentes da toma errada da terapêutica
- Supervisionar a toma da terapêutica através da contagem de comprimidos
- Monitorizar a toma de terapêutica hipotensora através de registo diário do valor tensional e terapêutica tomada, realizado pelo Sr. M. – responsabilização

#### Autocontrolo ansiedade alterado em grau elevado

- Apoiar a pessoa (permitir que o Sr. M. expresse os seus sentimentos mostrando compreensão e disponibilidade para ajudar a minimizar a ansiedade)
- Apoiar o Sr. M. promovendo a comunicação expressiva de emoções através do diálogo, demonstrando empatia e confiança
- Informar sobre os tratamentos e a sua situação de saúde
- Esclarecer as dúvidas
- Encorajar o autocontrolo ansiedade mostrando disponibilidade para estar junto dele, garantido segurança e promovendo momentos de relaxamento
- Dar esperança para uma resolução familiar através de recursos na comunidade
- Tranquilizar o Sr. M.
- Desenvolver junto dele o conceito de enfermeiro enquanto referência para não se sentir desamparado

#### Rejeição da doença pelo filho

- Envolver a namorada do filho do Sr. M. para falar com ele sobre o processo de doença e as progressivas limitações
- Providenciar contacto com a Associação de Esclerose Múltipla de modo a interagir com outras pessoas na mesma situação
- Contactar médico de família para dar conhecimento das suas limitações nos autocuidados e condições de habitação
- Contactar o médico neurologista assistente
- Pedir apoio psicológico
- Explicar a preocupação dos enfermeiros para com a sua família face às suas limitações e incapacidade do seu pai continuar a ajudar

**Conclusão:** Nesta situação de cuidados poderiam ter sido identificados mais diagnósticos de enfermagem, no entanto, a identificação dos mais relevantes foi

intencional na medida que a intervenção de enfermagem deve ser focada nos problemas para a pessoa, centro do plano de cuidados. Assim, é relevante a validação dos mesmos. As intervenções de enfermagem são individualizadas aquela realidade particular, intervenções complexas face à intervenção do enfermeiro especialista.

### **Bibliografia:**

- Chesnay, M. (2008) In Chesnay, M., Anderson, B. (Coords). *Caring for the Vulnerable: Perspectives in Nursing Theory, practice, and Research* (pp 3-14)
- Collière, MF. (1999). *Promover a vida*. Sindicato dos Enfermeiros Portugueses. Lisboa: LIDEL
- Collière, MF. (2003). *Cuidar... a primeira arte da vida*. Loures: Lusociência - 2ª edição
- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 65–72.



## **APÊNDICE XV – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**

## Revisão Sistemática da Literatura

**Introdução:** A revisão sistemática da literatura (RSL) constitui um método de pesquisar, catalogar e efetuar um diagnóstico crítico a publicações citadas em estudos previamente realizados por outros autores (Fortin, 1999); recorre-se a aplicação de estratégias científicas com a finalidade de avaliar e sintetizar todos os estudos relevantes e que respondam a uma pergunta específica (Cook *et al*, 1999, cit. por Galvão *et al*, 2003).

Face à multiplicidade de conceitos que delimitam a temática, foi necessário a realização de várias pesquisas parcelares. De seguida será apresentado um exemplo de pesquisa relacionado com a intervenção do enfermeiro à pessoa idosa vítima de violência. A pesquisa realizada foi fundamental na elaboração do relatório e na fundamentação da prática.

Assim, estabeleceu-se a seguinte pergunta de investigação recorrendo à metodologia PICô: Quais as intervenções de enfermagem no despiste e avaliação da pessoa idosa vítima de violência?

Quadro - Critérios para a formulação da questão de investigação

<b>P</b>	<b>Participantes</b> Quem foi estudado?	Elder people	<b>Palavras-Chave</b>  1. Elder abuse / Violência na pessoa idosa / 2. Nursing/ Enfermagem 3. Screening/ Despiste 4. Assessment/ Avaliação
<b>I</b>	<b>Fenómeno de interesse</b> O que foi feito ?	Intervenções de enfermagem no despiste e avaliação	
<b>Cô</b>	<b>Contexto</b>	Violência	

Definiram-se os seguintes objetivos para a RSL:

Para conhecer a evidência científica sobre esta problemática, realizou-se esta pesquisa, em 17 de dezembro de 2012, tendo por base as palavras-chave supracitadas através de bases de dados eletrónicas e credíveis, nomeadamente plataforma EBSCOhost (todas as bases disponíveis, incluindo artigos integrais e

resumos<sup>107</sup>), uptodate e B-On. Adicionalmente, realizou-se pesquisa manual em algumas revistas, não se encontrando artigos que respondessem à pergunta de investigação formulada.

Estabeleceu-se um período temporal que corresponde a estudos realizados nos últimos 6 anos (2006 – 2012<sup>108</sup>), em língua inglesa, francesa e espanhola e artigos de acesso gratuito.

Da pesquisa com os descritores, obteve-se um total de 53 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão (quadro ), foram selecionados para análise 8 artigos (7 artigos em texto integral e um resumo) de acordo com os critérios de inclusão e exclusão (relacionam-se com a questão de investigação e o objetivo do estudo), como possível ver no protocolo de pesquisa.

Quadro – Critérios de inclusão e exclusão

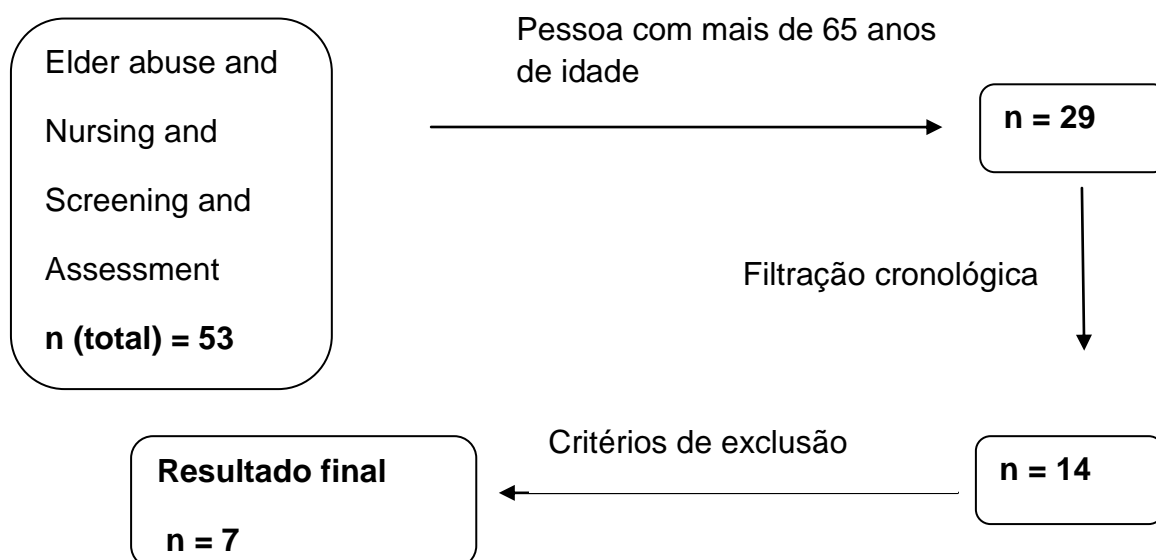
<b>Critérios de seleção</b>	<b>Critério de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<b>Participantes</b>	Pessoa idosa (com mais de 65 anos) residente em casa	Pessoa idosa com menos de 65 anos de idade Pessoa idosa residente em casas de apoio/lares
<b>Intervenções</b>	Estudos que identifiquem as intervenções de enfermagem no despiste e avaliação da pessoa idosa vítima de violência	Estudos que não identifiquem intervenções de enfermagem no despiste e avaliação da pessoa idosa vítima de violência
<b>Contexto</b>	Pessoas idosas que residem em casa	Pessoas idosas que não residam em casa

<sup>107</sup> A escolha de pesquisa de artigos em texto integral e resumos foi uma estratégia utilizada com vista ao conhecimento do estado da arte sobre a temática.

<sup>108</sup> Este intervalo temporal de 6 anos foi estabelecido para aceder a artigos científicos recentes.

<b>Desenho</b>	Estudos que apresentem metodologia científica ou publicados em inglês, português, francês e espanhol. Artigos gratuitos	Todos os achados da pesquisa que não apresentem metodologia científica. Artigos repetidos. Artigos que não se encontrem em inglês, francês, português e espanhol. Artigos não gratuitos
<b>Espaço temporal</b>	Estudos publicados entre janeiro de 2006 e dezembro de 2012	Estudos publicados fora do espaço temporal delimitado.

Figura – Protocolo de pesquisa



#### Apreciação dos resultados da RSL:

Os artigos resultantes desta RSL não eram de índole qualitativo nem quantitativo, mas sim, artigos de revisão atuais e pertinentes que deram um contributo importante para compreender a prática e discernir a melhor forma de intervenção do enfermeiro. Noutras revisões realizadas, seguindo o mesmo protocolo, recuperei artigos de carácter qualitativo e quantitativo, os quais foram mobilizados na revisão da literatura. Importa com isto dizer, que as várias revisões parcelares foram essenciais

face às diferentes terminologias usadas para o fenómeno: *elder abuse*, *violence*, *elder maltreatment* e o facto de pesquisar sobre intervenções de enfermagem, instrumentos de rastreio. Só assim foi possível aceder ao estado da arte nesta área. Considero como mais relevante as aprendizagens realizadas no domínio da pesquisa em base de dados internacionais, os passos a seguir nesse percurso e o reconhecimento da sua importância para a prática.

**Bibliografia:**

- Fortin, M. (1999). *O Processo de investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.
- Galvão, C., Sawada, N., Mendes, I. (2003) A busca das melhores evidências. *Revista Escola de enfermagem*, 37(4), 43-50

**APENDICE XVI – OBJETIVOS E ATIVIDADES PARA  
DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS NA IMPLEMENTAÇÃO  
DE UM PROJETO DE MUDANÇA NA PRÁTICA**

## **Objetivos e atividades para o desenvolvimento de competências na implementação de um projeto de mudança na prática**

Objetivo geral: Promover comportamentos de mudança na prática de cuidados junto da equipa de enfermagem na identificação de situações de violência à pessoa idosa e seu encaminhamento

Objetivo específico: Capacitar a equipa de enfermagem do SU na abordagem à pessoa idosa vítima de violência

Atividades a realizar:

- Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar
- Reunião com o enfermeiro-chefe e diretor clínico para apresentação do projeto
- Análise dos registos de enfermagem relativamente a possíveis situações de violência
- Criação de um grupo de trabalho dinamizador para esta temática
- Sensibilização da equipa multidisciplinar
- Realização de reuniões sobre o tema
- Análise dos registos para avaliar se há mudança na prática
- Realização de um estudo de caso em parceria com a equipa de enfermagem\*
- Promover momentos de partilha e discussão/reflexão sobre a prática na passagem de turno baseado numa situação real
- Aplicação do instrumento QEEA (método experimental) na equipa de enfermagem (equipa onde há intervenção) e às colegas de Humanização\*
- Aplicação do instrumento QEEA a todas as pessoas idosas com história de violência, cujo diagnóstico de admissão é violência ou relatado por alguém, com sinais sugestivos de violência, histórias pouco claras de admissão e não coincidentes com a observação, observação de comportamentos pouco adequados entre a pessoa idosa e cuidador\*
- Realização de ação de formação sobre a apresentação do protocolo de despiste
- Avaliação do projeto

**Nota:**

As atividades assinaladas com \* não foram realizadas durante o ensino clínico. A realização de estudo de caso não foi possível ser realizada com a equipa face à falta de disponibilidade da mesma. Os estudos de caso foram realizados por mim e discutidos alguns pormenores mais interessantes com a equipa em momentos individuais com alguns colegas. Relativamente à aplicação do questionário QEEA, eu apliquei de forma experimental, verifiquei que não era adequado ao serviço em si e aos idosos, na medida que surge como entrevista de vários aspetos que podem ser desenquadrados da situação que levou a pessoa idosa a recorrer ao SU; e porque pressupõe pessoas idosas cognitivamente competentes, sendo outro problema. Por estes motivos, este questionário foi abandonado e a equipa não o aplicou.



## **APÊNDICE XVII – DIVULGAÇÃO DA REUNIÃO**

**1ª REUNIÃO DO PROJETO DE**  
**ESPECIALIDADE**  
**APRESENTAÇÃO DO PROJETO**

**EQUIPA A**

**“CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO SERVIÇO DE  
URGÊNCIA À PESSOA IDOSA VÍTIMA DE  
VIOLÊNCIA”**

**Dia 25 de novembro de 2012 - Turno da noite**

Agradeço a disponibilidade de todos os elementos!

Susana Pinto  
- Aluna de Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica  
vertente pessoa idosa

## **APÊNDICE XVIII – PLANEAMENTO DA 1ª REUNIÃO**

## Planeamento da 1ª reunião de equipa – Apresentação do projeto

Local: Serviço de Urgência (Sala de Enfermagem)

Data: 25 de novembro de 2012

Horário: Turno da noite (duração de 20 min)

### Objetivos:

Que os enfermeiros sejam capazes de:

- Entender a importância da identificação de situações de violência ou potenciais na pessoa idosa
- Identificar situações potenciais ou reais de violência
- Identificar fatores de risco e indicadores de violência

Etapas	Conteúdos	Métodos e atividades pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Apresentar-me e agradecer aos colegas pela presença</li><li>• Apresentar o tema do projeto e o seu contexto</li><li>• Explicar o porquê do meu interesse pela área</li></ul>	Expositivo Interativo		4 min
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Identificar situações como violência e qual a intervenção do enfermeiro</li></ul>	Interativo – pedir aos colegas para participar; situações decorrentes da prática profissional	Quadro branco Marcadores Apagador Fotocópias da grelha	5 min  2 min

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o diagnóstico da situação da equipa face a esta problemática</li> <li>Pedir colaboração aos colegas para o projeto</li> </ul>	Preenchimento da grelha Interativo – sugestões que ajudem na identificação das situações		5 min
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Definir o compromisso com o grupo</li> <li>Disponibilizar aos colegas a grelha para ajudar na prática</li> <li>Assinar a folha de presenças</li> </ul>	Interativo  Grelhas de bolso	Folha de presenças	4 min

### Desenvolvimento pormenorizado da reunião:

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>Apresentar-me e agradecer aos colegas a disponibilidade da presença</b> <b>Apresentar o tema e o contexto do projeto</b>	<p>Aluna de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, vertente pessoa idosa.</p> <p>Nesse contexto, pretendo desenvolver competências a nível clínico, investigação com recurso a instrumentos de investigação e gestão na mudança de práticas numa equipa; esclarecer que não é um trabalho de investigação.</p> <p>Escolhi um tema para desenvolver competências específicas – violência à pessoa idosa. Com o projeto pretendo identificar com mais rigor as situações de violência na pessoa idosa ou situações de risco, registar e encaminhar de forma adequada.</p>
	<b>Explicar o porquê do meu interesse pela área</b>	<p>Este tema é uma área de interesse pessoal por vários motivos: (1) a pessoa idosa é dotada de valores, personalidade e integridade, tendo direito a ser respeitada na sua totalidade, logo a violência é um atentado aos direitos humanos e um crime; (2) é da responsabilidade do enfermeiro identificar as situações de violência e intervir na promoção da autonomia e segurança da pessoa, e muitas vezes não estamos preparados para este tema, pois “foge” da componente técnica;</p>

		<p>necessidade de sermos melhores no que fazemos; (3) preocupa-me e incomoda-me mais que aquilo que não sabemos identificar, as situações que “fingimos não ver”, permanecendo o desespero daqueles que as vivem e são vulneráveis; (4) porém, reconheço a complexidade de trabalhar estas situações.</p> <p>Como o SU é uma porta de entrada de clientes vindos de casa e a violência tende a ocorrer na família, escolhi este local para desenvolver o meu projeto. Por isso, vou aproveitar o que já fazem e fazem bem para melhorar a identificação e o registo de situações de violência ou potenciais.</p>
	<b>Nomear situações que identifiquem como violência e qual a intervenção do enfermeiro</b>	<p>Gostaria de conhecer a vossa realidade profissional.</p> <p>“Quais as situações que identificam como violência? E qual é a vossa intervenção?”</p> <p>- participação do grupo</p> <p>Identificaram várias situações e muito bem através dos conhecimentos que vão adquirindo. No entanto, é preciso mais rigor na identificação, sendo importante o uso de escalas e conhecimentos atuais.</p>
	<b>Realizar o diagnóstico da situação da equipa face à problemática</b>	<p>Há uns meses realizei o diagnóstico da situação a nível macro, através de entrevista a alguns enfermeiros. Parece-me ter interesse conhecer um pouco da equipa. Gostava de conhecer a vossa perceção sobre violência e como fazem o diagnóstico.</p> <p>Peço-vos para preencher esta grelha, durante 2 minutos e com a maior honestidade possível. Quero deixar claro que não pretendo avaliar ninguém.</p>
	<b>Pedir colaboração aos colegas para o projeto</b>	<p>Para a implementação do projeto gostava de colaborar convosco através da vossa disponibilidade e dos vossos conhecimentos. Pergunto então se “estão disponíveis a participar e a ajudar-me? E como?”</p> <p>“ Como podemos melhorar a identificação destas situações?”</p> <p>O projeto pode ser mais centrado em mim ou na equipa.</p> <p>Vários cenários possíveis:</p> <p>(1) Os colegas referenciam as situações que consideram importantes avaliar através do GIA,</p>

		<p>contactam-me diretamente ou colocam numa folha na sala de enfermagem;</p> <p>(2) Os colegas referenciam as situações e acrescentam as razões da referência;</p> <p>(3) Os colegas perante uma situação chamam-me para usarmos o instrumento em conjunto;</p> <p>(4) Os colegas usam o instrumento, necessitando de ajuda e formação;</p> <p>(5) Os colegas não querem participar.</p>
	<b>Definir o compromisso com o grupo</b>	<p>Acordar com o grupo o que ficou decidido e nova reunião para mostrar resultados.</p> <p>Mostrar disponibilidade para ajudar sempre que necessário.</p> <p>Agradecer a oportunidade de estar a aprender com eles.</p>

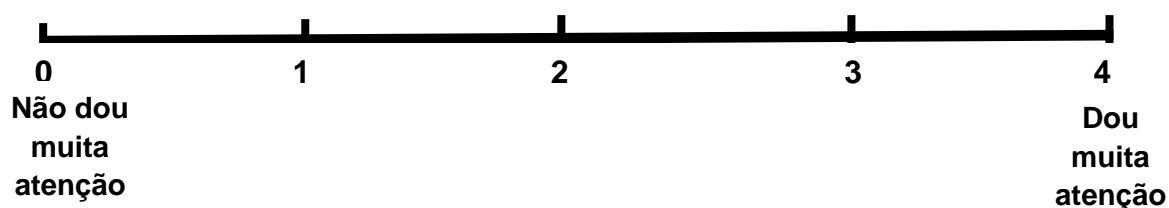
**APÊNDICE XIX – INSTRUMENTO DE DESPISTE DE SITUAÇÕES DE  
VIOLÊNCIA À PESSOA IDOSA – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO**



## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA À PESSOA IDOSA

A violência à pessoa idosa no seu contexto familiar é uma realidade que tende a ser escondida e não denunciada pela família. Vários são os sinais ou as circunstâncias, aos quais o enfermeiro deve estar desperto para identificar situações de violência ou de possível violência.

De acordo com a sua prática profissional no Serviço de Urgência, complete a seguinte grelha, relativamente à atenção que dá a cada item para o despiste de violência à pessoa idosa.



		0	1	2	3	4
<b>Fatores de risco</b>	Idoso com idade superior a 74 anos					
	Idoso com níveis de dependência elevados nas atividades de vida diárias					
	Idoso com demência diagnosticada					
	Idoso com alguns sinais de desorganização mental					
	Idoso com depressão diagnosticada ou com história de tristeza profunda					
	Agressão à família e mudança de comportamento pelo idoso					
	Depressão/problemas mentais do cuidador					
	Cuidador sob abuso de álcool e substâncias					
	Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa					
	Problemas financeiros do cuidador					
	Sobrecarga do cuidador					
	Cuidador financeiramente dependente do idoso					
	Cuidador emocionalmente dependente do idoso					
	Dificuldade de relacionamento de longa duração entre idoso e cuidador					
	Isolamento social					

	Suporte social deficitário					
<b>Sinais objetivos</b>	Idoso sedado – sobre medicação (idoso sonolento, não reativo a estímulos, sem causa orgânica atribuível e sem ajustes de terapêutica com benzodiazepinas)					
	Contusões, equimoses, feridas traumáticas, com diferente coloração					
	Queimaduras, marcas de objetos no corpo					
	Feridas inexplicáveis					
	Alterações de apetite e sono pelo idoso					
	Abandono no hospital					
	Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador					
	Higiene deficitária					
	Roupa inadequada à estação do ano					
	Desidratação/desnutrição					
	Falta de cuidados de saúde					
	Úlceras de pressão/eritema da fralda					
<b>Sinais subjetivos</b>	Idoso evita contacto com a família					
	História pouco clara de admissão					
	História relatada não coincidente com a observação					
	Comportamentos inadequados entre idoso e cuidador					
	Idoso repele o toque do cuidador					
	Medo dos cuidados do enfermeiros e equipa					

Obrigada pela participação!

Susana Pinto

**APÊNDICE XX – LISTA SÍNTESE DE INDICADORES NA  
IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA (“INSTRUMENTO”  
DE BOLSO)**

## Lista síntese de indicadores na identificação de situações de violência (“instrumento” de bolso)

### INDICADORES DE VIOLÊNCIA NA PESSOA IDOSA

Fatores de risco	Idoso com idade superior a 74 anos
	Idoso com níveis de dependência elevados nas atividades de vida diárias
	Idoso com demência diagnosticada
	Idoso com alguns sinais de desorganização mental
	Idoso com depressão diagnosticada ou com história de tristeza profunda
	Agressão à família e mudança de comportamento pelo idoso
	Depressão/problemas mentais do cuidador
	Cuidador sob abuso de álcool e substâncias
	Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa
	Problemas financeiros do cuidador
	Sobrecarga do cuidador
	Cuidador financeiramente dependente do idoso
	Cuidador emocionalmente dependente do idoso
	Dificuldade de relacionamento de longa duração entre idoso e cuidador
	Isolamento social
	Suporte social deficitário
Sinais objetivos	Idoso sedado – sobremedicação (idoso sonolento, não reativo a estímulos, sem causa orgânica atribuível e sem ajustes de terapêutica com benzodiazepinas)
	Contusões, equimoses, feridas traumáticas, com diferente coloração
	Queimaduras, marcas de objetos no corpo
	Feridas inexplicáveis
	Alterações de apetite e sono pelo idoso
	Abandono no hospital
	Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador
	Higiene deficitária
	Roupa inadequada à estação do ano
	Desidratação/desnutrição
	Falta de cuidados de saúde
	Úlceras de pressão/eritema da fralda
	Idoso evita contacto com a família
Sinais subjetivos	História pouco clara de admissão
	História relatada não coincidente com a observação
	Comportamentos inadequados entre idoso e cuidador
	Medo dos cuidados do enfermeiros e equipa

## **APÊNDICE XXI – “ATA” DA PRIMEIRA REUNIÃO**

## **“Ata” da primeira reunião – Apresentação do projeto**

A reunião decorreu de acordo com o planeamento, com exceção do tempo, uma vez que os colegas colocaram várias questões.

A apresentação do projeto realizou-se em dois grupos para assegurar os cuidados nos vários setores do Serviço de Urgência.

### **Aspetos relevantes da reunião:**

#### **Situações decorrentes da prática profissional que os enfermeiros identificam como violência:**

- Abandono, sendo mais prevalente nas épocas festivas
- Cliente verbaliza que é vítima de violência
- História de admissão não corresponde com a realidade - cliente que recorreu ao SU 3 vezes numa semana, a filha não compareceu, mas telefonicamente disse para enviarem a mãe para casa. Após 3 dias recorre novamente ao SU por recusa alimentar há 1 semana
- Sobredosagem de medicação
- Cliente recusou regressar ao lar por ser maltratada
- Situações sociais
- Condições habitacionais
- Falta de higiene
- Falta de apoio
- Violência física e verbal

**Colaboração da equipa no projeto** – a equipa considerou o tema e projeto pertinentes e justifica-se face ao tipo de clientes que recorrem ao SU. O grupo sugeriu referenciar as situações para o GIA para posteriormente, serem avaliadas por mim. Desse modo, para uma referenciação mais rigorosa foi oferecida a cada elemento os indicadores de violência à pessoa idosa (instrumento de bolso).

**Compromisso da equipa** – referenciação das possíveis situações de violência na pessoa idosa

**Perguntas às quais a equipa pretende respostas:**

- Que respostas existem? Qual a intervenção do enfermeiro?
- Qual o papel do centro de saúde?
- A quem comunicar?
- As respostas a estas situações são realizadas pela assistente social; consideraram que são resolvidas de forma lenta e não têm feedback

**Aprovam e assinam os enfermeiros presentes na reunião:**

A - \_\_\_\_\_

**Data da próxima reunião: início de janeiro de 2013 (dia a combinar)**

**APÊNDICE XXII – RESULTADOS DO DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO  
DA EQUIPA**



### Resultados do diagnóstico de situação da equipa

		0	1	2	3	4
<b>Fatores de risco</b>	Idoso com idade superior a 74 anos	1	3	3	3	2
	Idoso com níveis de dependência elevados nas atividades de vida diárias				8	4
	Idoso com demência diagnosticada			5	4	3
	Idoso com alguns sinais de desorganização mental		1	3	3	5
	Idoso com depressão diagnosticada ou com história de tristeza profunda			3	6	3
	Agressão à família e mudança de comportamento pelo idoso			2	3	7
	Depressão/problemas mentais do cuidador			2	5	4
	Cuidador sob abuso de álcool e substâncias				3	9
	Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa				2	10
	Problemas financeiros do cuidador		1	4	7	
	Sobrecarga do cuidador				10	2
	Cuidador financeiramente dependente do idoso		2	5	3	2
	Cuidador emocionalmente dependente do idoso		2	4	4	2
	Dificuldade de relacionamento de longa duração entre idoso e cuidador		2	2	6	2
	Isolamento social		2	1	4	5
	Suporte social deficitário		1	2	5	4
<b>Sinais objetivos</b>	Idoso sedado – sobre medicação (idoso sonolento, não reativo a estímulos, sem causa orgânica atribuível e sem ajustes de terapêutica com benzodiazepinas)				5	7
	Contusões, equimoses, feridas traumáticas, com diferente coloração					12
	Queimaduras, marcas de objetos no corpo				1	11
	Feridas inexplicáveis			1	3	8
	Alterações de apetite e sono pelo idoso	1	2	4	4	1
	Abandono no hospital				4	8
	Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador				2	10
	Higiene deficitária			1	7	4

	Roupa inadequada à estação do ano	1	2	3	4	2
	Desidratação/desnutrição			1	7	4
	Falta de cuidados de saúde			1	8	3
	Úlceras de pressão/eritema da fralda			3	2	7
<b>Sinais subjetivos</b>	Idoso evita contacto com a família			1	7	4
	História pouco clara de admissão		1	3	6	2
	História relatada não coincidente com a observação			3	6	3
	Comportamentos inadequados entre idoso e cuidador			1	4	7
	<b>Idoso repele o toque do cuidador</b>				2	<b>10</b>
	Medo dos cuidados do enfermeiros e equipa			3	3	6

**APÊNDICE XXIII – NOTA DE CAMPO: ACOMPANHAMENTO DA  
ENFERMEIRA DA HUMANIZAÇÃO**

### **Nota de campo: Acompanhamento da enfermeira da humanização**

Esta nota de campo tem como objetivo refletir sobre o trabalho desenvolvido pela enfermeira de humanização. Para ser possível realizá-lo de uma forma mais concreta descreverei um turno em que acompanhei a colega.

O GIA surge como consequência de um grupo de humanização para dar resposta às necessidades dos familiares das pessoas internadas nos turnos da manhã e tarde. Neste momento, tem uma enfermeira responsável de horário fixo no turno da manhã nos dias úteis e nos restantes turnos e dias é escolhido um elemento de referência da equipa tendo em conta um perfil de boa comunicação e gestão de pessoas e situações.

Cabe ao enfermeiro de humanização (ou do GIA) acompanhar as famílias durante as visitas aos clientes internados, dar informações aos familiares, gerir a comunicação entre familiares e médico; resolver situações de índole social, nomeadamente ajudar no encaminhamento pós alta e preparar a alta e articular a família com a assistente social; referenciar situações para a RNCCI. Para além do enfermeiro, o GIA tem apoio de um administrativo que dá apoio na gestão das visitas, nomeadamente no controlo do número de visitas e distribuição de cartões de visita e dá informação aos familiares sobre o local de internamento dos clientes. A enfermeira responsável assumiu funções há cerca de um mês, pelo que se encontra a estruturar a equipa, pretendendo que haja em cada equipa pessoas fixas de GIA para uniformização de procedimentos.

No início do turno, a colega recebe todos os doentes em ambulatório juntamente com o chefe de equipa de modo a perceber quais as situações de maior vulnerabilidade, as que já têm apoio social pedido ou que se prevê que seja necessário.

Neste turno em concreto (manhã de 19/12), após a passagem de turno foram identificadas 7 situações de vulnerabilidade acrescida, sendo seis referentes a pessoas idosas, as quais apresento de forma muito sucinta:

- M – 84 anos de idade, vive sozinha, não tem filhos nem referência a família próxima; usufrui de apoio domiciliário da Santa Casa da Misericórdia. Recorreu ao SU por queda no domicílio há 2 dias atrás. Iniciou-se encaminhamento para a assistente social para resolução da situação.

- JN – 69 anos de idade; vive sozinho sem apoios; tem alta clínica há 4 dias; aguarda-se a vinda da filha para conversar com a assistente social para institucionalização em lar.
- MI – 66 anos de idade; recorreu ao SU sem motivo aparente; contactada anteriormente a família de referência, uma prima e sobrinha que não assumem cuidados por falta de proximidade; alta há 3 dias, aguarda resolução social.
- AC – 80 anos de idade; trazido ao SU por ingestão de gasolina que não se confirma. Este cliente tem cerca de 80 admissões no SU ni último ano e meio, regressando sempre ao domicílio de ambulância. O filho não se assume como cuidador, mas usufrui da sua reforma. Vive numa casa sem janelas e telhado, sem água e eletricidade, sem condições de habitabilidade. Apresenta fome quando admitido.
- MA – 75 anos de idade; maus cuidados de higiene; vive sozinho; apresenta diminuição da força muscular nos quatro membros. Contactado um filho para comparecer no SU.

O primeiro passo foi conversar com a assistente social para perceber como estavam a decorrer os vários processos e quais as possíveis soluções.

A situação que se assumiu como prioritária foi a do Sr. JN uma vez que a filha se encontrava no SU. A filha mostrou-se disponível em resolver a situação do pai naquele dia na medida que vivia no Porto, tendo por isso conseguido um lar para institucionalizar o pai nesse dia. No entanto, o pai recusava. Esta encontrava-se ansiosa e com um discurso repetitivo, afirmando que tinha de ir embora e resolver a situação. Por estas razões fomos mediadoras entre o cliente e a filha, tentando perceber as razões de um e outro e informando que, estando o utente consciente não poderia ser institucionalizado contra a sua vontade; proporcionou-se uma reunião entre a filha e assistente social e posteriormente, esta falou com o Sr. JN, que aceitou a institucionalização. O passo seguinte foi contactar o chefe de equipa médica para reavaliar o cliente, assinar a alta e proceder a autorização de requisição de ambulância.

Entretanto, foi pedida ajuda por uma médica para negociar apoio familiar e do centro de saúde para acompanhamento da cliente de modo a prevenir internamento, pelo

que se procedeu a contacto com a família e colega do centro de saúde e a realização de carta de encaminhamento.

As 12h chegaram rapidamente, hora das visitas aos clientes internados. Durante este período de 2h, a colega transmite as informações clínicas e de enfermagem aos familiares e articula com o médico. É um tempo de confusão, muitas pessoas, tendo em conta que a média de doentes internados é de 40 e que, muitas vezes, os dois familiares pedem informações.

Para além destas situações, ainda ajudamos no momento da alta da D. M. que foi institucionalizada na Santa Casa da Misericórdia; realizada referenciação dos problemas maiores da cliente, nomeadamente, controlo da glicémia capilar, instituição de dieta e administração de terapêutica.

O Sr. AC voltou para o domicílio, embora mantenha-se sem recursos e ajudas. Todos os outros clientes ficaram a aguardar resolução social. E iniciou-se o processo de referenciação para a RNCCI de uma outra utente.

Estas foram todas as atividades realizadas durante o turno, foram realizados os registos de enfermagem em processo clínico, de uma forma muito sucinta que, na minha opinião não refletem o trabalho que o enfermeiro realizou e todo o processo que teve que mediar.

Considero que o papel do enfermeiro do GIA é de extrema importância na medida que dispõem de maior disponibilidade para averiguar algumas situações e conversar com a família e são um elemento de referência para a equipa que fica mais “liberta” destas situações. Sugeriria um registo pormenorizado das situações e atuação do enfermeiro para posteriores protocolos de atuação, bem como uma base de dados dos clientes para ser mais fácil em situações repetidas de ocorrência ao SU até para perceber a evolução no grau de dependência. Outro aspeto a melhorar prende-se com a importância de realizar uma avaliação multidimensional à pessoa idosa de modo a justificar a intervenção e o tipo de apoio pedido com base em instrumentos, nomeadamente a avaliação das atividades de vida e atividades instrumentais de vida. Especificamente às situações de risco ou violência, embora sejam identificados fatores de risco ou sinais indeléveis de violência, não há um registo rigoroso e os elementos não têm conhecimentos para encaminhamento.

Em suma, as aprendizagens realizadas neste dia foram bastantes e permitiu-me refletir sobre a prática, nomeadamente a importância de haver tempo para o enfermeiro entrevistar a família e perceber melhor o contexto familiar e social na medida que esta avaliação é muito centralizada no papel da assistente social, que terá funções diferentes. Gostaria também de refletir na importância do trabalho em equipa entre enfermeira e assistente social, pois cada uma faria avaliações diferentes de acordo com a sua área de competência que se completariam na perspetiva de uma decisão mais adequada para o cliente.

Relativamente às aprendizagens, foi uma mais valia para a minha aprendizagem enquanto estudante e profissional, pelo que nomeio as seguintes aprendizagens: negociação com os familiares e articulação com o médico e assistente social, articulação com o enfermeiro da comunidade e realização de carta de encaminhamento, normas para requisição de ambulância e novo decreto lei que regula as mesmas, referenciação para a RNCCI, nomeadamente a avaliação de enfermagem. Saliento para finalizar que é preciso disponibilidade para escutar, escutar cliente e família, não decidir por outrem (o mais tentador e fácil), mas antes respeitar a sua vontade promovendo capacidade de decisão.

**APÊNDICE XXIV – GRELHA DE ANÁLISE DOS REGISTOS DE  
ENFERMAGEM**



## Grelha de análise dos registos de enfermagem

Situação nº. \_\_\_\_

		Registado	Não registado	Não aplicável
PESSOA IDOSA	Idade			
	Crenças religiosas			
	Dependência nas AVD's e AIVD'S			
	Antecedentes de demência			
	Apresenta doença ou comportamentos psiquiátricos			
	Apresenta sinais depressivos			
	Vive sozinho			
	Isolamento social			
	Suporte social deficitário			
	Idoso sedado – sobremedicação (idoso sonolento, não reativo a estímulos, sem causa orgânica atribuível e sem ajustes de terapêutica com benzodiazepinas)			
	Contusões, equimoses, feridas traumáticas, com diferente coloração			
	Queimaduras, marcas de objetos no corpo			
	Feridas inexplicáveis			
	Alterações de apetite e sono pelo idoso			
	Abandono no hospital			

	Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador			
	Idoso evita contacto com a família			
	Higiene deficitária			
	Roupa inadequada à estação do ano			
	Desidratação/desnutrição			
	Falta de cuidados de saúde			
	Úlceras de pressão/eritema da fralda			
	História pouco clara de admissão			
	História relatada não coincidente com a observação			
	Comportamentos inadequados entre idoso e cuidador			
	Idoso repele o toque do cuidador			
	Medo dos cuidados do enfermeiros e equipa			
	Uso de escalas de avaliação (Índice de Katz)			
CUIDADOR	Depressão/problemas mentais do cuidador			
	Cuidador sob abuso de álcool e substâncias			
	Sobrecarga do cuidador			
	Problemas financeiros do cuidador			
	Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa			
	Cuidador financeiramente dependente do idoso			

	Cuidador emocionalmente dependente do idoso			
	Dificuldade de relacionamento de longa duração entre idoso e cuidador			
	Outros			

**APÊNDICE XXV – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA USO DO  
QUESTIONÁRIO QEEA**

**Assunto:** Pedido de autorização para uso do questionário QEEA

Susana Isabel Mendes Pinto na qualidade de mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e no âmbito de um projeto intitulado “ Cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência à pessoa idosa vítima de violência” (Anexo I), vem por este meio, solicitar a Vossa Ex.<sup>a</sup> autorização para recolha de dados sobre violência através do questionário *Questions Elicit Elder Abuse* (QEEA) a algumas pessoas idosas que recorrem ao Serviço de Urgência.

O objetivo do projeto assenta no desenvolvimento de capacidades de gerir um processo de mudança junto da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência através da colheita de dados sistemática a clientes em risco de violência.

A aplicação do instrumento QEEA obedece aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 65 anos; pessoa idosa sem défices cognitivos; assinatura de consentimento informado; diagnóstico de admissão de violência; relato de violência por alguém que acompanhe o cliente; sinais sugestivos de violência; história de admissão não coincidente com a observação; relutância da pessoa idosa ou cuidador familiar em responder a perguntas ou respostas vagas e não plausíveis sobre sinais físicos ou doenças suspeitas; identificação de sobrecarga do cuidador através da escala de Zarit; observação de comportamentos hostis ou agressivos do cuidador familiar para com a pessoa idosa e identificação de problemas mentais ou abuso de substâncias por parte do cuidador familiar. Como critérios de exclusão salienta-se o défice cognitivo da pessoa idosa e não aceitação em participar.

Em situações de défice cognitivo por parte da pessoa idosa e perante a suspeita de violência será realizada uma entrevista ao cuidador familiar no intuito de despistar a situação, na medida que é dever ético e moral por parte do enfermeiro identificar, despistar e encaminhar situações de violência.

A implementação do projeto no Serviço de Urgência foi validada e aceite pelo Sr. Enfº Chefe, na medida que responde às necessidades do serviço e será orientada pela Sra. Professora Pereira Lopes.

Os princípios éticos serão respeitados relativamente à pessoa idosa e equipa de enfermagem, bem como à identificação dos autores que validaram o questionário em Portugal.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto. Agradeço desde já a atenção que possa dispensar a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos,

*Susana Pinto*

## **ANEXO I**

**TÍTULO DO PROJETO:** “Cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência à pessoa idosa vítima de violência”

**INTRODUÇÃO:** A violência à pessoa idosa assume-se como tema pertinente por se considerar um problema social grave (Dias, 2005; Wang *et al*, 2007; WHO, 2011), um problema de direitos humanos (Ferreira Alves, 2006) na medida que representam uma ameaça grave à integridade física e psicológica e um problema de saúde pública na medida que exige a implementação de estratégias de educação em saúde (Souza, Freitas e Queiroz, 2007; Fulmer, 2003), o que acarreta gastos acrescidos a nível social e de saúde (Blay e Espíndola, 2007) associada à vulnerabilidade da pessoa idosa.

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, quando cuidam da pessoa idosa têm obrigação moral e legal de identificar as vítimas de violência e intervir (Dyer e Halphen, 2012).

**JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA:** A pessoa idosa é considerada uma vítima especialmente vulnerável (lei nº.112/2009) pela fragilidade que lhe está inerente, bem como pela avançada idade e estado de saúde. Face a esta vulnerabilidade, a violência familiar é uma realidade que nega a condição de pessoa humana na medida que a pessoa idosa tem “*direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem o isolamento ou a marginalização social*” (CRP, art. 72º). Ainda numa perspetiva legal, e tendo por base o Código Penal, salienta-se que as situações de negligência e violência doméstica constituem crime, aspeto a interiorizar enquanto sociedade e profissionais de saúde. Em termos estatísticos, este problema assume também grande dimensão, porque, em Portugal, 39.4% da população idosa é vítima de violência intrafamiliar (WHO, 2011; APAV, 2011). Os estudos realizados em Serviços de Urgência realçam que a maioria das pessoas idosas (superior a 80%) apresenta pelo menos um indicador de violência (Borrvalho, 2010; Gil, 2011).

Na perspetiva dos cuidados de enfermagem, este tema assume grande relevância face ao aumento da envelhecimento da população, das situações de dependência, das necessidades de cuidados e das dificuldades da família em cuidar dos idosos. Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro reconheça e previna situações de violência, identifique fatores de risco, tipos de abuso existentes, sinais/sintomas e indicadores de abuso (White, 2000; Ferraz, 2009; Hess, 2011). No entanto, existe falta de preparação dos profissionais de saúde para o desempenho correto da identificação e encaminhamento (Fulmer et al, 2004; Muehlbauer e Crane, 2006), pelo que se exige a implementação de medidas/estratégias de intervenção face à violência na pessoa idosa (Dias, 2005).

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO:** Há uma preocupação cada vez maior em estudar as famílias cuidadoras e a sua relação com a violência face à sobrecarga que lhe está inerente, sendo que 53% das famílias cuidadoras relatam pelo menos um incidente de violência aos idosos dependentes no último ano (Gorgen et al, 2010).

A pessoa idosa tipicamente sujeita a violência familiar são as mulheres e os grandes idosos que, pelo agravamento das suas faculdades cognitivas e de mobilidade se tornam mais vulneráveis (Dias, 2005).

O Comit  Nacional de Abuso a Idosos nos Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998), prop  sete tipos de abuso para idosos não institucionalizados: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional ou psicológico, abuso financeiro ou exploração material, abandono, negligência e autonegligência. Falando-se de violência na família, é oportuno falar de violência doméstica, ou seja,

Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga   dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.  grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência econ mica, que com ele coabite (art.  152 do CP).

Importa ainda referir que a violência doméstica é um crime de natureza pública.

Segundo Borralho (2010, p. 24), os enfermeiros têm um *“papel importante na prevenção e detecção de situações de abuso a pessoas idosas, devido à natureza da relação estabelecida com os seus utentes, baseada na proximidade e tendo como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*, numa perspetiva multidisciplinar, assumindo o papel de pivô na equipa, não se demitindo desta responsabilidade nem na adoção de medidas de despiste (Daly, 2010; Lachs e Fulmer, 1993; Borralho, 2010; Miller, 2005; Anetzberger *et al*, 2005). A posição do enfermeiro é considerada privilegiada nestas situações (Day, 2007; Cooper *et al*, 2009; Muehlbauer e Crane, 2006; Symes, 2011) na medida que educa e providencia cuidados de empoderamento e estratégias de prevenção primária e secundária (Wieland, 2000). Os profissionais de saúde têm o papel de documentar a sobrecarga, identificar fatores de risco, apoiados na evidência e numa equipa multidisciplinar de modo a responder a este problema (WHO, 2011).

Relativamente ao uso de instrumento de avaliação de violência, este é raro (WHO, 2011), no entanto, a sua aplicação é crucial para a prática (Paixão Jr. e Reichenheim, 2006). Embora exista uma panóplia de instrumentos de rastreio, em Portugal, não existe nenhum instrumento validado. No entanto, o Questions Elicit Elder Abuse (QEEA) está traduzido por Ferreira Alves e Sousa (2005) e bastante implementado em estudos nacionais e avalia a existência e o número de indicadores de violência (Ferreira Alves, Borralho e Lima, 2010).



## **IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

**Finalidade do projeto:** Contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da identificação de situações de violência e da continuidade dos cuidados prestados à pessoa idosa e sua família, no Serviço de Urgência.

### **Objetivos específicos:**

- (1) Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista na abordagem à pessoa idosa e sua família no Serviço de Urgência
- (2) Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista na abordagem à pessoa idosa vítima de violência ou em risco e à sua família
- (3) Dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa vítima de violência
- (4) Conhecer as intervenções de enfermagem junto do cuidador familiar na prevenção da violência à pessoa idosa, nomeadamente na sobrecarga do cuidador.
- (5) Capacitar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência na abordagem à pessoa idosa vítima de violência.

### **Atividades a desenvolver:**

- Reunião com o enfermeiro-chefe e diretor clínico para apresentação do projeto
- Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar
- Criação de um grupo de trabalho dinamizador para esta temática
- Sensibilização da equipa multidisciplinar
- Realização de reuniões sobre o tema
- Realização de um estudo de caso em parceria com a equipa de enfermagem
- Promover momentos de partilha e discussão/reflexão sobre a prática na passagem de turno, baseada numa situação de um cliente internado
- Aplicação de instrumento de sobrecarga ao cuidador familiar
- Aplicação do instrumento QEEA às pessoas idosas que reúnam os critérios de inclusão
- Realização de cartas de enfermagem para a comunidade de modo a permitir a continuidade dos cuidados

- Construção de protocolo de intervenção junto da pessoa idosa e cuidador familiar

**Critérios de inclusão:**

- Idade igual ou superior a 65 anos
- Pessoa idosa sem défices cognitivos
- Assinatura de consentimento informado
- Diagnóstico de admissão de violência
- Relato de violência por alguém que acompanhe o cliente
- Sinais sugestivos de violência
- História de admissão não coincidente com a observação
- Relutância da pessoa idosa ou cuidador familiar em responder a perguntas ou respostas vagas e não plausíveis sobre sinais físicos ou doenças suspeitas
- Identificação de sobrecarga do cuidador através da escala de Zarit
- Observação de comportamentos hostis ou agressivos do cuidador familiar para com a pessoa idosa
- Identificação de problemas mentais ou abuso de substâncias por parte do cuidador familiar

Como **critérios de exclusão** salienta-se o défice cognitivo da pessoa idosa e não aceitação em participar.

**Princípios éticos:** A aplicação do questionário depende de assinatura de consentimento informado pela pessoa idosa, sendo salvaguardada a confidencialidade da informação recolhida e a possibilidade de não responder a alguma questão se não desejar. Também será garantido o respeito pela privacidade dos participantes aquando da realização do questionário. Garante-se a autorização do autor para a aplicação do questionário.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro
Revisão da literatura				
Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa vítima de violência				
Identificação de situações de sobrecarga (escala de Zarit)				
Aplicação do instrumento QEEA				
Realização de cartas de enfermagem para a comunidade				
Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar				
Reunião com o diretor de serviço e enfº chefe				
Reuniões sobre o tema com a equipa				
Implementação do instrumento QEEA na equipa				
Criação de um grupo dinamizador da temática				
Promover momentos de reflexão e partilha				
Apresentação e discussão de um estudo de caso				
Construção de protocolo de intervenção				

**APÊNDICE XXVI – NOTA DE CAMPO: REFERÊNCIA PARA A  
EQUIPA**

### **Nota de campo: Referência para a equipa**

Esta nota de campo pretende refletir o meu sentir relativamente ao trabalho que tenho desenvolvido na equipa.

Ser um elemento novo numa equipa nem sempre é fácil, sobretudo em equipas numerosas pela dificuldade de aproximação a todos os elementos. Para além disso, acresce a falta de laços e cumplicidade com as pessoas, a falta de conhecimento de rotinas e procedimentos do serviço. E ser um elemento novo numa equipa, de uma forma temporária e que pretende desenvolver um projeto, considero ainda menos facilitador. No entanto, passados dois meses de interação com a equipa, o meu sentir não reflete estas notas iniciais, mas antes, sobressai a forma como fui acolhida pela equipa e a forma como a equipa me reconhece como principal interveniente nas situações de violência à pessoa idosa. E para justificar estas situações vou dar alguns exemplos.

Considero que a equipa me reconhece como elemento de referência na medida que alguns elementos procuram-me para referenciar pessoas idosas em situação de vulnerabilidade e discutem comigo se foram bem identificados; outros quando realizo turnos fora da equipa, no Gabinete de Informações e Acompanhamento (GIA), brincam dizendo “então já não se vai à equipa?”.

O exemplo mais relevante vou descrever seguidamente. Na tarde de 23 de dezembro, domingo, fui chamada pela chefe de equipa ao Gabinete de Triagem 1 para ajudar numa situação. Quando lá cheguei, explicou-me que se tratava de uma situação de violência não de um idoso, mas de um jovem de 30 anos. Como sabia que eu lá estava, lembrou-se de mim. Fiquei um pouco ansiosa, pois na verdade também não sabia se conseguiria resolver. Tratava-se de um jovem de 30 anos que recorreu ao SU acompanhado por uma vizinha, dizendo que era vítima de violência psicológica (agressão verbal face à sua deficiência motora) pela mãe, irmão e padrasto com quem vivia e que tinha sido ameaçado com uma arma de fogo pelo padrasto, razão pelo qual não podia voltar para casa. Era um situação que se repetia há cerca de 3 anos, sendo que há uma ano atrás, tentou fazer queixa na PSP que não foi valorizada, referindo presença de lesões físicas na altura. Face a essa situação, a família contactou a PSP e foi internado compulsivamente na Psiquiatria

por descompensação de patologia psiquiátrica – esquizofrenia - diagnosticada há vários anos, seguido em Consulta de Psiquiatria com adesão à terapêutica. Recentemente, face às constantes ameaças da família, fica algumas noites na casa da vizinha que o acompanhava, tornando-se a relação entre a mãe e a vizinha difícil; a mãe referiu que se saísse de casa, não voltaria. Perante a situação em si, o cliente estava consciente, orientado, calmo, sem sinais de descompensação psiquiátrica. Após ouvir o seu relato, questionei-o sobre a razão de ter recorrido ao hospital. Referiu que não queria ficar internado porque estava bem, mas que não podia voltar a casa, pelo que pensou vir ao hospital. Pedi para aguardar na Sala de Espera e que iria ter com eles brevemente. A situação baseava-se sobretudo na garantia da segurança deste jovem. Contactei a linha de emergência social (144), expliquei a situação e foram-me dadas algumas orientações face à situação. Então, dirigi-me à Sala de Espera junto deles e pedi que me acompanhassem a um gabinete, garantindo um espaço de privacidade e tranquilidade para ser possível conversar fora da confusão do SU.

A conversa foi dirigida a ambos por opção do jovem. Inicialmente falei que, a ajuda poderia não ser a mais adequada para si, mas era a possível face às limitações do SU e que me encontrava muito preocupada com a situação, para além de explicar que a violência é uma situação condenável pela lei e que a realização de queixa poderia ser uma opção para possível averiguação da situação. Disse-me que a PSP não fazia nada, pelo que informei de outros locais onde poderia realizar a queixa (APAV, Ministério Público, queixa eletrónica).

O passo seguinte foi negociar uma solução (índole social) com o jovem e a vizinha: (1) voltar no dia seguinte de manhã e falar com a assistente social do SU; (2) envolver a vizinha para garantir apoio, dormida e alimentação e na 4ªfeira, pedir no Gabinete de Segurança Social da sua área de residência um atendimento de emergência para expor a situação; (3) se não houver garantias de segurança, pedir acolhimento de emergência até 4ª feira através da linha de Emergência Social.

A vizinha prontificou-se a acolher o jovem e a acompanhá-lo à Segurança Social, “não o posso deixar sozinho porque é Natal e eu sei bem o que é ficar na rua só com a roupa do corpo. É Natal, onde eu for, ele vai comigo”. Ambos falaram, foram escutados atentamente. Por fim, dei todas as indicações que me tinham sido dadas

para serem recebidos na Segurança Social, escrevendo-as numa folha para ser mais fácil; falei ainda da importância de continuar a tomar a terapêutica, pelo que a vizinha se responsabilizou de ir a casa da mãe buscá-la e supervisionar a toma, embora referisse não ser necessário.

Após esta situação, a chefe de equipa dirigiu-se a mim para saber como tinha sido resolvida a situação, pelo que a informei de todo o processo e o que poderia ser realizado em situações futuras.

Esta situação serviu-me de reflexão pela sua riqueza e pelas aprendizagens, nomeadamente, a oportunidade de intervir numa situação complexa de fragilidade, o contacto com a linha de emergência social, o seu funcionamento e os recursos de que dispõe e a negociação de uma situação centrada na escolha da pessoa. Considero que a minha atuação foi positiva na medida que me foi possível transpor a teoria para a prática e capacitar a pessoa na importância da sua tomada de decisão, bem como capacitar o chefe de equipa em situações semelhantes; serviu ainda de reflexão e aprendizagem para os restantes enfermeiros. Por fim, apraz-me pensar na possibilidade de ser vista pela equipa ou por alguns membros da equipa um elemento de referência nesta área.

## **APÊNDICE XXVII – PLANEAMENTO E ATA DA 2ª REUNIÃO**



## Planeamento da 2ª reunião

Local: Serviço de Urgência (Sala de Enfermagem)

Data: 4 de janeiro de 2013

Horário: Turno da noite (duração de 30 min)

### Objetivos:

Que os enfermeiros no final da sessão sejam capazes de:

- Identificar situações de vulnerabilidade e risco de violência
- Utilizar os registos de enfermagem como ferramenta de documentação legal
- Identificar os princípios orientadores de uma intervenção de enfermagem numa situação de violência

Etapas	Conteúdos	Métodos e atividades pedagógicas	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agradecer a presença</li><li>• Agradecer o empenho na referenciação de situações de vulnerabilidade da pessoa idosa</li><li>• Relembrar a sessão anterior</li></ul>	Expositivo Interativo		3 min
	<ul style="list-style-type: none"><li>• Resultados do diagnóstico de situação (1ª reunião) - dados a que os enfermeiros dão mais atenção para despiste de situações de violência</li></ul>	Interativo Distribuída folha com os indicadores	Fotocópias dos indicadores	5 min

<p><b>Desenvolvimento</b></p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1- Contusões, equimoses, feridas traumáticas, com diferente coloração</li> <li>2- Queimaduras, marcas de objetos no corpo</li> <li>3- Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador</li> <li>4- Idoso repele o toque do cuidador</li> <li>5- Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa</li> <li>6- Sobrecarga do cuidador</li> <li>7- Cuidador sob abuso de álcool ou outras substâncias</li> <li>8- Abandono no hospital</li> <li>9- Feridas inexplicáveis</li> </ol> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Conhecer como avaliam a sobrecarga do cuidador</li> <li>• Feedback dos registos de enfermagem – avaliados 15 processos de clientes e 10 tinham referência a algum fator; no entanto pobres nas notas de evolução em ambulatório (ex. aguarda resolução social)</li> <li>• Contar a minha experiência de intervenção numa situação de violência a um adulto jovem</li> <li>• Apurar no grupo as suas necessidades nesta temática – “O que posso ajudar na vossa prática?”</li> </ul>	<p>Pedir aos colegas para participar</p>		<p>5 min</p> <p>5min</p> <p>7min</p> <p>3 min</p>
<p><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Definir o compromisso – referenciação de situações e suprir necessidades</li> <li>• Deixar para refletir se têm necessidade de formação e esclarecer que não é meu objetivo pessoal ou do estágio</li> <li>• Assinar folha de presenças</li> </ul>	<p>Interativo</p>	<p>Folha de presenças</p>	<p>2 min</p>

## **“Ata” da 2ª reunião – Apresentação de resultados**

### **Aspetos relevantes da reunião:**

#### **Como são identificadas as situações de sobrecarga do cuidador pelos enfermeiros?**

- Demonstração de sinais de exaustão pelo cuidador (ar cansado, cuidar-se pouco, ar abatido)
- Atitude e relação perante a pessoa cuidada e para com a equipa – pouco interesse e respostas menos corretas, falta de paciência
- Verbalização pelo cuidador do seu cansaço
- Tipo de cuidados que o cliente apresenta - foi chamada a atenção para este aspeto que pode ser sinal de falta de formação ou capacidade por parte do cuidador ou negligência.

#### **Análise dos registos de enfermagem relativamente aos processos analisados:**

- A avaliação realizada na triagem identifica fatores de risco ou sinais objetivos de risco de violência
- As notas de enfermagem de ambulatório acrescentam informação relevante que justifica referenciação para o GIA ou assistente social
- Nos clientes internados em ambulatório a aguardar resolução social, as notas de enfermagem tendem a resumir-se a “aguarda resolução social”
- Falta de elementos sobre o cuidador

Reforçada a importância dos registos de enfermagem como meio legal

#### **Contributos para a prática: “O que pensam que pode ser feito para vos ajudar na prática? Quais as vossas necessidades nesta temática?”**

- Instrumento de registo de cuidados de enfermagem que demonstre as várias etapas até ao encaminhamento de modo a dar visibilidade aos cuidados de enfermagem

- Dados estatísticos que justifiquem o trabalho de enfermagem, se perceba quais as pessoas reincidentes e se apure as causas
  - Posters ilustrativos de sinais de violência e referência
  - Fluxograma de intervenção
  - Posters na sala de espera sobre o tema
  - Uniformização da informação para registo

**Compromisso** - Os enfermeiros continuam a identificar e referenciar situações de pessoas idosas em risco de violência; melhorar os registos de enfermagem

**Aprovam e assinam os enfermeiros presentes na reunião:**

A - \_\_\_\_\_

**Data da próxima reunião: 5 de fevereiro de 2013**

**APÊNDICE XXVIII – FOLHA DE CODIFICAÇÃO DA BASE DE  
DADOS DO GIA**

### Folha de codificação da base de dados do GIA

A base de dados do GIA pretende ser um instrumento que possibilite dar visibilidade aos cuidados de enfermagem, nomeadamente, às intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. Tendo em conta este aspeto e a necessidade de obtenção de dados para fins estatísticos, e de modo a facilitar a obtenção dos mesmos e o seu tratamento, a introdução de dados será realizada de acordo com a codificação para cada variável.

#### Instruções de introdução de dados:

Aplica-se a todas as variáveis: 99 – não se sabe

VARIÁVEL	CODIFICAÇÃO
Nome	
Nº. de episódio	
Género	1 – Feminino 2 - Masculino
Idade	
Data de referenciação	Dia/mês/ano
Motivo de vinda ao SU	1 – Insuficiência respiratória/pneumonia 2 – Insuficiência cardíaca 3 – Insuficiência renal/problemas de trato urinário 4 - Desidratação 5 – AVC 6 – Quedas 7 – Problemas cirúrgicos 8 – Feridas/Úlceras de pressão 9 – Confusão/Síndrome demencial 10 – Dor 11 – Problemas psiquiátricos 12 - Outros
	1 – Vive só 2 – Dependência nas AVD's

Motivo de referenciação	3 – Cuidados de higiene deficitários 4 – Habitação sem condições 4 – Negligência pela família 5 – Abandono no hospital 6 – Necessidade de apoios no domicílio 7 – Necessidade de Cuidados Continuados 8 – Referenciação para a RNCCI 9 – História pouco clara na admissão 10 – Pedido de ajuda pela família 11 – Dificuldades económicas 12 – Vive com esposo(a) idoso(a) 13 – Sobrecarga do cuidador 14 – Multi-úlceras de pressão 15 – Família recusa levar cliente 16 – Contactos não atribuídos 17 - Outros
Situação familiar	1 – Vive só 2 – Vive com o marido/esposa idoso(a) 3 – Vive com os filhos 4 – Filhos não cuidadores 5 – Sem família 6 – Vive com alguém 7 - Outros
Apoios	0 – Não tem 1 – Apoio domiciliário 2 – Centro de dia 3 – Lar 4 – Vizinhos 5 – Cuidados Continuados 6 – Cuidados domiciliários de enfermagem 7 - Outros
	1 – Contacto com a família via telefone 2 – Conversa com a família de forma presencial 3 – Conversa com o cliente 4- Contacto e encaminhamento para os cuidados domiciliários de enfermagem na comunidade 5 – Contacto e encaminhamento para os Cuidados Continuados 6 – Contacto com Forças Policiais

Intervenção de enfermagem	<p>7 – Contacto com a família via telefone e de forma presencial (1+2)</p> <p>8 – Contacto com a família via telefone e conversa com o cliente (1+3)</p> <p>9 – Conversa com a família de forma presencial e com o cliente (2+3)</p> <p>10 – Contacto com a família via telefone e contacto com as forças policiais (1+6)</p> <p>11 – Contacto com a família via telefone, conversa com o cliente e família (1+2+3)</p> <p>12 – Conversa com o cliente e encaminhamento para os Cuidados Continuados (3+5)</p> <p>13 – Contacto com a família via telefone, conversa com a família e cliente e encaminhamento para cuidados de enfermagem na comunidade (1+2+3+4)</p>
Contacto com a Assistente Social	<p>0 – Não</p> <p>1 – Sim</p> <p>2 – Sim, Assistente Social da Psiquiatria</p>
Glasgow	Valor total ( + + )
Índice de Barthel	<p>0 – Independente (90-100)</p> <p>1 - Ligeiramente dependente (60-89)</p> <p>2 - Moderadamente independente (40-55)</p> <p>3 - Severamente independente (20-35)</p> <p>4 - Totalmente dependente (&lt;20)</p>
Índice de Lawton e Brody	<p>0 – Independente (8)</p> <p>1 - Moderadamente dependente, necessita de uma certa ajuda (9-20)</p> <p>2 - Severamente dependente, necessita de muita ajuda (&gt;20)</p>
Resolução final	<p>1 – Apoio no domicílio</p> <p>2 – Cuidados Continuados</p> <p>3 – Cuidados de enfermagem no domicílio</p> <p>4 – Referenciação para a RNCCI</p> <p>5 – Acompanhamento pela família</p> <p>6 – Institucionalização em lar</p> <p>7 – Regresso ao domicílio</p> <p>8 – Regresso ao domicílio sem apoios</p> <p>9 – Módulos de transporte</p> <p>10 – Internamento social</p> <p>11 – Internamento clínico</p> <p>12 - Outros</p>
Reinternamentos	Dia/mês/ano
Observações	Notas que ajudem a compreender a situação da pessoa



**APÊNDICE XXIX – POSTER ILUSTRATIVO: IDENTIFICAÇÃO DE  
VIOLÊNCIA À PESSOA IDOSA**

# **VIOLÊNCIA À PESSOA IDOSA - Como identificar?**

## **FATORES DE RISCO**

### **IDOSO**

- Níveis de dependência elevados nas AVD's
- Diagnóstico de demência
- Sinais de desorganização mental
- Agressão à família e mudança de comportamento
- Isolamento social
- Suporte social deficitário

### **CUIDADOR**

- Depressão
- Problemas mentais
- Abuso de álcool e/ou outras substâncias
- Sinais de hostilidade para com a pessoa idosa
- Problemas financeiros
- Sobrecarga
- Dificuldade de relacionamento de longa duração com o idoso

## **SINAIS OBJETIVOS**

- Idoso sedado
- Contusões, equimoses, feridas traumáticas com diferente coloração
- Queimaduras, marcas de objetos no corpo
- Feridas inexplicáveis
- Higiene deficitária
- Desidratação/desnutrição
- Falta de cuidados de saúde
- Abandono no hospital

## **SINAIS SUBJETIVOS**

- História pouco clara na anamnese
- História relatada não coincide com a observação
- Comportamentos inadequados entre cuidador e idoso
- Idoso evita contacto com a família
- Idoso tem medo da prestação de cuidados

Fontes: WHO (2011); Hirsch, 2001; Bernal e Gutiérrez, 2005; Fernández-Alonso e Herrero-Velázquez, 2006; Bomba, 2006; Plitnick, 2008; Dyer e Halphen, 2012

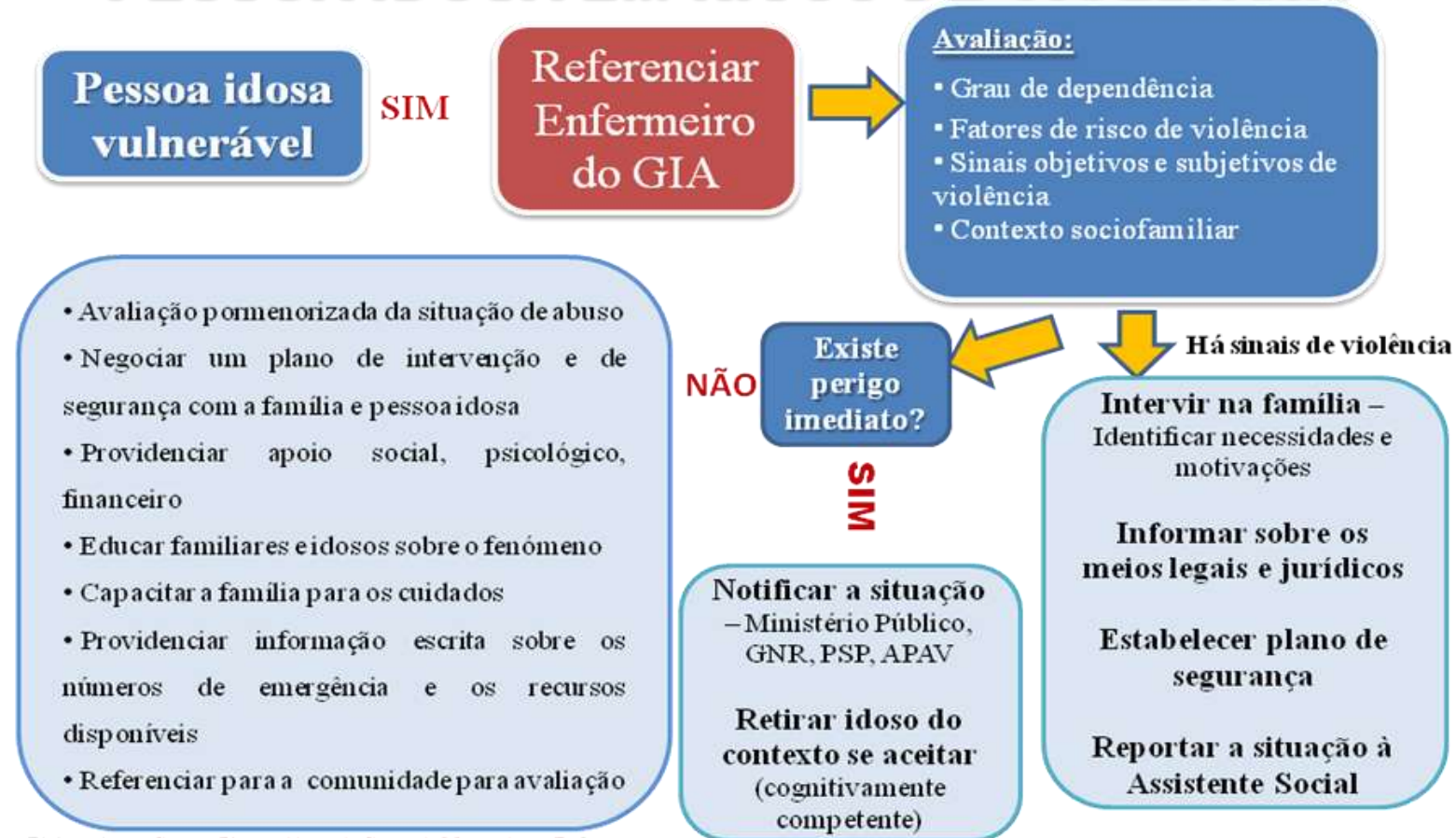
Elaborado por:  
Susana Pinto – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem na pessoa

## **APENDICE XXX – FLUXOGRAMA DE INTERVENÇÃO**

# INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PESSOA IDOSA EM RISCO DE VIOLÊNCIA



# INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PESSOA IDOSA EM RISCO DE VIOLÊNCIA



Elaborado por Susana Pinto – Aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem

## **APENDICE XXXI– NORMA DE PROCEDIMENTO**

## **Norma de Procedimento**

**ASSUNTO:** Identificação e encaminhamento de pessoas idosas vulneráveis em risco de violência

**FINALIDADE:** Melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao cliente idoso no Serviço de Urgência

### **CONCEITOS**

- Pessoa idosa - um indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos (WHO, 2011)
- Vulnerabilidade - construto multidimensional e dinâmico, refletindo a convergência e interação de múltiplos fatores de risco, tanto a nível individual/biológico/intrínseco, como ambiental e social, que influenciam a saúde e a experiência em cuidados de saúde (Rogers, 1997).

### **INTRODUÇÃO**

O envelhecimento é um processo universal, marcado por mudanças biopsicossociais específicas e associado à passagem do tempo. É um fenómeno inerente ao processo da vida, que varia de indivíduo para indivíduo, de acordo com a sua genética, os seus hábitos de vida e o seu meio ambiente. É ainda um processo de alterações morfológicas, fisiológicas, bioquímicas e psicológicas que acarretam uma lentificação ou uma diminuição do desempenho do sistema orgânico e, consequentemente, uma diminuição da capacidade funcional. Assim, perante a idade avançada, a possibilidade de desenvolver doenças e a perda de autonomia nas atividades de vida diárias, tende a desenvolver-se um aumento da dependência na pessoa idosa (WHO, 2011). A dependência leva que a pessoa idosa precise de terceiros para cuidar de si, assumindo estes a responsabilidade parcial ou total dos cuidados. Os cuidadores tal como a pessoa idosa tornam-se clientes de enfermagem face às suas necessidades específicas, pelo que, os enfermeiros

devem identificar precocemente sinais de fragilidade e/ou fatores de risco que comprometam a saúde física, psíquica e social do cliente.

## DESCRIÇÃO

Face às características do Serviço de Urgência, os cuidadores da pessoa idosa (formais ou informais) assumem-se como elo de ligação entre a pessoa idosa e o enfermeiro, na medida que possuem informação privilegiada e garantem algum conforto presencial à pessoa idosa, que se encontra num ambiente estranho, hostil e confuso enquanto aguarda observação.

A presença do cuidador/acompanhante indica assim, a importância e a necessidade na segurança e proteção da pessoa idosa, bem como, o facto de poder contribuir para a manutenção emocional do idoso. Por esta razão, cuidar da pessoa idosa é também cuidar do cuidador que apresenta necessidades face ao processo de cuidar no domicílio.

### A- IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA OU RISCO

Face ao processo de vulnerabilidade inerente à pessoa idosa é da responsabilidade do enfermeiro realizar despiste de situações de violência e identificar fatores de risco que conduzam a maior vulnerabilidade da pessoa idosa. É necessário estabelecer a natureza dos fatores de risco e explorar a possível relação entre eles, mesmo antes de a violência ter acontecido, pela necessidade de reduzi-los de modo a prevenir as situações; o reconhecimento dos fatores de risco são a base da prevenção e da intervenção (WHO, 2011).

Nível	Fatores de risco
<b>Individual Vítima</b>	Género: mulher Idade: mais de 74 anos Níveis de dependência elevados física ou psicológica Demência Depressão Agressão e mudança de comportamento
<b>Individual</b>	Género: homens em caso de abuso físico e mulheres na negligência Idade: jovens no abuso financeiro Depressão/problemas mentais



<b>Agressor</b>	Abuso de substâncias: álcool e drogas Hostilidade e agressão Problemas financeiros Sobrecarga/stress do cuidador
<b>Relações familiares</b>	Dependência financeira do agressor pela vítima Dependência emocional do agressor pela vítima Transmissão de violência intergeracional Dificuldade de relacionamento de longa duração Fraca relação entre eles

Outro aspeto a salientar nesta problemática refere-se à exploração de sinais possíveis de violência. Estes são uma base importante de conhecimento na deteção de violência em conjugação com os fatores de risco.

<b>Gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Cuidador de idoso com défices cognitivos falta a uma consulta</b></li> <li>• <b>Cuidador não visita o idoso no hospital</b></li> <li>• <b>Relutância em responder a perguntas sobre sinais físicos ou doenças suspeitas</b></li> <li>• <b>Explicações vagas ou não plausíveis do cuidador acerca de ferimentos</b></li> <li>• <b>Tensão ou indiferença entre cuidador e idoso</b></li> </ul>
<b>Cuidador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poucos conhecimentos sobre problemas médicos do idoso</li> <li>• Tentativa de dominar a entrevista</li> <li>• Abuso verbal ou hostilidade para o idoso</li> <li>• Hostilidade para com o profissional</li> <li>• Evidência de abuso de substâncias ou problemas de saúde mental</li> </ul>
<b>Vítima</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medo do cuidador</li> <li>• Relutância em estabelecer contacto visual</li> <li>• Diagnóstico de demência com história de desordens de comportamento</li> </ul>

(Hirsch, 2001; Dyer e Halphen, 2012)

## **B- REFERENCIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO DAS SITUAÇÕES**

A identificação é o primeiro passo, no entanto, é necessário, posteriormente referenciar a situação para um melhor acompanhamento.

Assim, enumeram-se as ações a ter em conta:

- Contactar a família se necessidade de informação premente para a situação de cuidados
- Referenciar a situação ao enfermeiro do GIA ou enfermeiro chefe de equipa (avaliação mais detalhada)
- Registar em processo clínico a referência
- Referenciar para a assistente social se situação de carácter social

Ao enfermeiro do GIA ou chefe de equipa cabe a avaliação e a intervenção/ação de acordo com o procedimento em anexo.

Anexos: fluxogramas (correspondentes ao anexo anterior)

### **Bibliografia:**

- Dyer, C., Halphen, J. (2012). *Elder mistreatment: abuse, neglect and financial exploitation*. Acedido em 1 de maio de 2012. Disponível em <http://www.uptodate.com>
- Hirsch, C., Loewy, R. (2001). The management of elder mistreatment: The physician's role. *Wien Klin Wochenschr*, 113
- Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*. 26, 65–72
- World Health Organization (2011), *European report and preventing elder maltreatment*. Acedido em 3 de dezembro de 2011. Disponível em [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0010/144676/e95110.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/144676/e95110.pdf)

## **APÊNDICE XXXII - AVALIAÇÃO FINAL DO PROJETO**

### Avaliação final do projeto na equipa

		0	1	2	3	4
<b>Fatores de risco</b>	Idoso com idade superior a 74 anos	1	3	3	4	3
	Idoso com níveis de dependência elevados nas atividades de vida diárias				9	5
	Idoso com demência diagnosticada			5	4	5
	Idoso com alguns sinais de desorganização mental		1	2	4	6
	Idoso com depressão diagnosticada ou com história de tristeza profunda			3	6	5
	Agressão à família e mudança de comportamento pelo idoso			2	3	9
	Depressão/problemas mentais do cuidador			2	5	6
	Cuidador sob abuso de álcool e substâncias				3	11
	Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa				2	12
	Problemas financeiros do cuidador		1	4	7	2
	Sobrecarga do cuidador				10	4
	Cuidador financeiramente dependente do idoso		2	5	3	4
	Cuidador emocionalmente dependente do idoso		2	2	4	3
	Dificuldade de relacionamento de longa duração entre idoso e cuidador		2	2	6	4
	Isolamento social		2	1	4	7
	Suporte social deficitário		1	2	5	6
<b>Sinais objetivos</b>	Idoso sedado – sobremedicação (idoso sonolento, não reativo a estímulos, sem causa orgânica atribuível e sem ajustes de terapêutica com benzodiazepinas)				5	9
	Contusões, equimoses, feridas traumáticas, com diferente coloração					14
	Queimaduras, marcas de objetos no corpo				1	13
	Feridas inexplicáveis			1	3	10
	Alterações de apetite e sono pelo idoso	1	2	4	5	2
	Abandono no hospital				4	10
	Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador				2	12

	Higiene deficitária			1	7	6
	Roupa inadequada à estação do ano	1	2	3	5	3
	Desidratação/desnutrição			1	7	6
	Falta de cuidados de saúde			1	8	5
	Úlceras de pressão/eritema da fralda			3	2	9
<b>Sinais subjetivos</b>	Idoso evita contacto com a família			1	7	6
	História pouco clara de admissão		1	3	6	4
	História relatada não coincidente com a observação			3	6	5
	Comportamentos inadequados entre idoso e cuidador			1	4	9
	Idoso repele o toque do cuidador				2	12
	Medo dos cuidados do enfermeiros e equipa			3	3	8

### Importância dos conhecimentos adquiridos

		3	11
Nada importante	Pouco importante	Importante	Muito importante

### Intervenção na equipa

	1	3	10
Nada adequada	Pouco adequada	Adequada	Muito adequada

## **APÊNDICE XXXIII - NECESSIDADES DE FORMAÇÃO DA EQUIPA**

## Necessidades de formação da equipa

Gostaria de receber formação nesta temática?

	Frequência
<b>Sim</b>	<b>15</b>
<b>Não</b>	<b>0</b>

Quais os pontos de interesse?

	Frequência
Vulnerabilidade da pessoa idosa e a violência	2
<b>Legislação</b>	<b>10</b>
Tipos de violência e como se podem traduzir	4
Fatores de risco	
<b>Sinais objetivos e subjetivos possíveis de</b> violência	<b>7</b>
<b>Intervenção de enfermagem</b>	<b>13</b>
<b>Registos de enfermagem</b>	<b>7</b>
Avaliação multidimensional da pessoa idosa	2
<b>Fluxograma de intervenção</b>	<b>10</b>
Estudos de caso	3
Outros	Maus tratos sociais

**APÊNDICE XXXIV – FORMAÇÃO AOS ENFERMEIROS DO SU  
(DIVULGAÇÃO, PLANEAMENTO DA SESSÃO E SESSÃO DE  
FORMAÇÃO)**



**AÇÃO DE FORMAÇÃO:**

# **A PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA**

**IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO**



**Formadora : Susana  
Pinto**

**Prof. Orientador:  
Pereira Lopes**

**Equipa A – 21 de Fevereiro às 15h \***

**Equipa B – 14 de fevereiro às 16h30**

**Equipa C – 19 de fevereiro às 15h**

**Equipa D – 13 de fevereiro às 15h**

**Equipa E – 22 de fevereiro às 15h\***

## **Planeamento da sessão**

### **“A pessoa idosa vítima de violência: identificação e encaminhamento”**

Local: Serviço de Formação/Sala de reuniões do Serviço de Urgência

Datas: 13, 14, 19, 21 e 22 de fevereiro de 2013

Duração: 45 minutos

#### **Objetivo geral:**

Que os enfermeiros sejam capazes de refletir na importância da identificação e intervenção de situações de risco de violência ou violência na pessoa idosa

#### **Objetivos específicos:**

Que os enfermeiros no final da sessão sejam capazes de:

- Identificar sinais objetivos e subjetivos de violência à pessoa idosa
- Identificar fatores de risco na violência à pessoa idosa
- Conhecer as tipologias de violência à pessoa idosa
- Conhecer os princípios orientadores de atuação

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e atividades pedagógicas</b>	<b>Recursos didáticos</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecer a presença</li> <li>• Agradecer empenho dos colegas no projeto</li> </ul>	Interativo	Computador Data-show Tela branca
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conceitos de violência, violência doméstica e vítima especialmente vulnerável</li> <li>• Tipologias da violência à pessoa idosa</li> <li>• Perspetiva ética e deontológica do enfermeiro na atuação em casos de violência</li> <li>• Enquadramento legal português</li> <li>• Identificação de situações de risco de violência: fatores de risco e sinais possíveis de violência</li> <li>• Barreiras para a identificação das situações de violência</li> <li>• Avaliação e atuação na preservação da autonomia e garantia de segurança</li> <li>• Fluxograma de atuação</li> </ul>	Interativo Expositivo – participação dos colegas; esclarecimento de dúvidas	Computador Data-show Tela branca Fotocópias do instrumento EAI (Elder Abuse Instrument)

<p><b>Conclusão</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudo de caso - análise</li> <li>• Esclarecimento de dúvidas</li> <li>• Avaliação da sessão</li> <li>• Distribuição de folhetos sobre a violência na pessoa idosa (folhetos cedidos pela APAV)</li> <li>• Assinar a presença</li> </ul>	<p>Interativo – identificação de sinais objetivos e subjetivos de violência e fatores de risco</p>	<p>Computador Data-show Tela branca Folhetos da APAV Folha de presenças</p>
-------------------------	---	--	---

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA  
3º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA  
VERTENTE PESSOA IDOSA  
SERVIÇO DE URGÊNCIA - HGO

**A PESSOA IDOSA VÍTIMA DE VIOLÊNCIA  
- IDENTIFICAÇÃO E ENCAMINHAMENTO**

Discente: Susana Pinto  
Docente: Prof.ª Dr.ª Pereira Lopes

Fevereiro de 2013

## OBJETIVOS

**OBJETIVO GERAL:**  
Que os enfermeiros sejam capazes de refletir na importância da identificação e intervenção de situações de risco ou violência na pessoa idosa

**OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**  
Que os enfermeiros sejam capazes de:

- Identificar sinais objetivos e subjetivos de violência à pessoa idosa
- Identificar fatores de risco na violência à pessoa idosa
- Conhecer as tipologias de violência à pessoa idosa
- Conhecer os princípios orientadores de atuação

## CONCEITOS (1)

**VIOLÊNCIA**  
□ **Uso intencional da força física ou do poder, em ameaça ou na prática (...) com intencionalidade** (WHO, 2002)

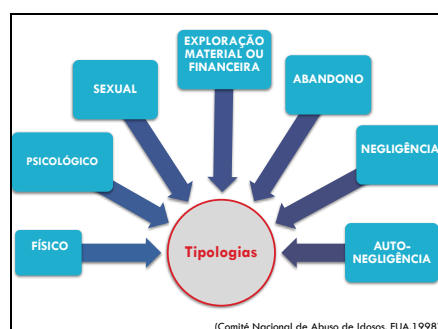
**VIOLÊNCIA INTERPESSOAL**

**VIOLÊNCIA DOMÉSTICA**  
"Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais:  
- **A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite**" (art. 152º do CP)

## CONCEITOS (2)

**VÍTIMA ESPECIALMENTE VULNERÁVEL**

"a vítima cuja **especial fragilidade** resulte, nomeadamente, da sua diminuta ou **avanzada idade**, do seu **estado de saúde** ou do facto de o tipo, o grau e a duração da vitimização haver resultado em lesões com consequências graves no seu equilíbrio psicológico ou nas condições da sua integração social".  
(Lei nº.112/2009)



## PERSPETIVA ÉTICA E DEONTOLÓGICA

- **Respeito pelos direitos humanos** na relação com os clientes (art. 78º3.b)
- **Salvaguardar os direitos da pessoa idosa, promovendo a sua independência física, psíquica e social (...) melhorar a sua qualidade de vida** (art. 81ºc)
- **Protege e defende a vida humana** em todas as circunstâncias (art. 82ºa)
- **Divulgar informação confidencial acerca do indivíduo e família só nas situações previstas na lei, devendo, para tal efeito, recorrer a aconselhamento deontológico e jurídico** (art. 85ºc)

## PERSPETIVA LEGAL (1)

"As **pessoas idosas** têm direito à segurança económica e a condições de habitação e **convívio familiar e comunitário** que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem o isolamento ou a marginalização social!"

(art. 72º da Constituição da República)

**Código Penal** - Lei nº. 59/2007

- ❑ Violência doméstica art. 152º
- ❑ Maus tratos art. 152ºA
- ❑ Ofensa à integridade física simples art.143º

## PERSPETIVA LEGAL (2)

VIOLENCIA DOMESTICA



CRIME DE NATUREZA PÚBLICA

DENÚNCIA OBRIGATÓRIA

- APAV
- Ministério Público
- PSP
- GNR

ENTIDADES

## RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (1)

### INCIDÊNCIA (EUA)

**Estudo "The National elder abuse incidence study" (1997)- NEAIS**

- ❑ Incidência de 1,3%
- ❑ Apenas 21% dos casos foram reportados a agências apropriadas

(National center on elder abuse at the American Public Human Services Association, 1998)

## RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (2)

### PREVALÊNCIA (EUROPA)

- ❑ Europa: 3% mas prevê-se que possa atingir os 25%

(WHO, 2011)

**ABUEL** (Abuse and health among elderly in Europe)

- ❑ Abuso psicológico - 19,4%,
- ❑ Abuso físico - 2,7%
- ❑ Abuso sexual - 0,7%
- ❑ Abuso financeiro - 3,8%
- ❑ Predomínio do género feminino
- ❑ As mulheres assumem preponderância quanto ao género no abuso sexual e a idade avançada no abuso financeiro

(Soares et al, 2010)

## RELEVÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (3)

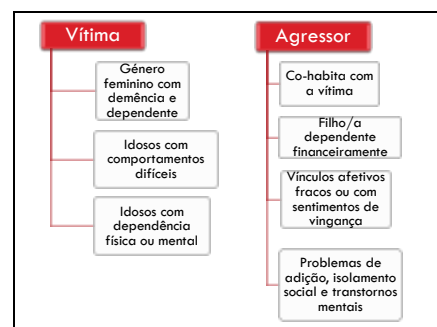
### PREVALÊNCIA EM PORTUGAL

- ❑ Violência doméstica - 86,9%
- ❑ Maus tratos psíquicos - 27,1%
- ❑ Maus tratos físicos - 22,9%
- ❑ Ameaças e coação - 16,9%
- ❑ Predomínio do género feminino, com idades entre 65-75 anos (54,85%)
- ❑ O agressor em 33% dos casos é o cônjuge e em 27% os filhos

(APAV, 2011)

- ❑ 39,4% da população idosa de Portugal é vítima de abuso intrafamiliar

(WHO, 2011)



# INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO



(Gonçalves, 2006)

## 1. IDENTIFICAÇÃO



## BARREIRAS PARA A IDENTIFICAÇÃO

### VÍTIMA

- Vergonha
- Medo de represálias
- Medo de ficarem sós ou institucionalizados
- Não querem que o agressor sofra consequências legais
- Consideram-se a causa dos problemas
- Desconhecem os recursos existentes
- Não estão capazes de reconhecer que são vítimas
- Estão isolados e/ou dependem totalmente do cuidador

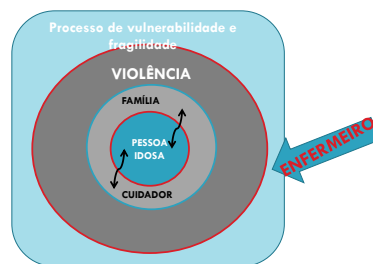
(Anetzberger, 2004; Bernal e Gutierrez, 2005; Kosberg, 2005)

## BARREIRAS PARA A IDENTIFICAÇÃO

### PROFISSIONAIS

- Falta de formação para identificar os sinais e indicadores
- Insegurança na gestão dos casos
- Falta de conhecimentos sobre os procedimentos adequados
- Negação/"fechar os olhos"
- Desconfiança dos relatos
- Fronteiras entre a confidencialidade e o segredo profissional
- Não dispôr de recursos e medo de represálias

(Anetzberger, 2004; Bernal e Gutierrez, 2005; Kosberg, 2005)



## FATORES DE RISCO (1)

Nível	Fatores de risco
<b>Individual</b> <b>Vítima</b>	Gênero: mulher Idade: mais de 74 anos Nível de dependência: elevado físico ou psicológico Demência Depressão Agressão e mudança de comportamento
<b>Individual</b> <b>Agressor</b>	Gênero: homens em caso de abuso físico e mulheres no negligência Idade: jovens no abuso financeiro Depressão/problemas mentais Abuso de substâncias: álcool e drogas Hostilidade e agressão Problemas financeiros Sobrecarga/stress do cuidador

(Adaptado de WHO, 2011, p.39)

## FATORES DE RISCO (2)

<b>Relações familiares</b>	Dependência financeira do agressor pela vítima Dependência emocional do agressor pela vítima Transmissão de violência intergeracional Dificuldade de relacionamento de longa duração
<b>Comunidade</b>	Isolamento social Suporte social deficitário
<b>Sociedade</b>	Discriminação pela idade Outras formas de discriminação: racismo e sexismo Fatores econômicos e sociais Cultura violenta

(Adaptado de WHO, 2011, p.39)

## FATORES POTENCIADORES

### PESSOA IDOSA

- ❑ Agressão verbal ao cuidador
- ❑ Perda de capacidade de manter interações sociais
- ❑ Apatia
- ❑ Rejeição de cuidados
- ❑ Comportamentos agressivos

### CUIDADOR

- ❑ Perda de controlo das emoções
- ❑ Sente que não consegue continuar a cuidar
- ❑ Perceciona a pessoa idosa como exigente
- ❑ Deixa de comunicar com a pessoa idosa
- ❑ Sente-se dependente da pessoa idosa para tomar decisões

(O'Loughlin, 2005)

## SINAIS E INDICADORES DE VIOLÊNCIA

<b>Gerais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidador de idoso com défices cognitivos falta a uma consulta</li> <li>• Cuidador não visita o idoso no hospital</li> <li>• Relutância em responder a perguntas sobre sinais físicos</li> <li>• Explicações vagas ou não plausíveis acerca de ferimentos</li> <li>• Tensão ou indiferença entre cuidador e idoso</li> </ul>
<b>Cuidador</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Poucos conhecimentos sobre problemas médicos do idoso</li> <li>• Tentativa de dominar a entrevista</li> <li>• Abuso verbal ou hostilidade</li> <li>• Hostilidade para com o profissional</li> <li>• Evidência de abuso de substâncias ou problemas de saúde mental</li> </ul>

(Hirsch, 2001; Dyer e Halphen, 2012)

## RESUMINDO...

### IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES



- ❑ Observação de sinais
- ❑ Exames clínicos
- ❑ Entrevistas estruturadas
- ❑ Instrumentos de avaliação (Aronis, 1993)
- ❑ Identificação de fatores de risco
- ❑ Conhecer a dinâmica da família
- ❑ Conhecer as necessidades do cuidador

## INSTRUMENTOS DE RASTREIO

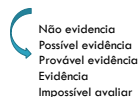
- ❑ Avaliação da conduta de violência ou negligência (Ferreira Alves, 2005; Fulmer et al, 2004)
- ❑ Baseados nos sinais ou indicadores de violência **CRÍTICAS!!!!** (Cohen et al, 2007)
- ❑ Identificação de fatores de risco (Cohen et al, 2007)

Instrumentos ideais para SU – instrumentos breves (Fulmer et al, 1994)



## EAI – Elder Assessment Instrument

- Avaliação geral (4)
- Possíveis indicadores de abuso (6)
- Possíveis indicadores de negligência (13)
- Possíveis indicadores de exploração (5)
- Possíveis indicadores de abandono (3)



Fulmer (2003)

## 2. AVALIAÇÃO

### AVALIAR O QUÊ?

- Problemas de saúde física
- Estado cognitivo e mental
- Limitações funcionais
- Informação sobre finanças e contextos de vida
- Crises pessoais ou familiares recentes
- Recursos sociais
- Natureza da violência: tipologia, frequência, intencionalidade, severidade e longevidade

(Anetzberger, 2004; Aranis et al, 1993; Ferreira Alves, 2005)

## 3. AÇÃO

- Compete ao enfermeiro **prevenir, identificar, intervir e encaminhar de forma eficaz** as situações de violência  
(Ziminski e Phillips, 2011; Lynch, 2006)
- O enfermeiro deve assumir o **papel de pivô na equipa, não se demitindo desta responsabilidade nem na adoção de medidas de despiste** (Daly, 2010; Lachs e Fulmer, 1993; Borralho, 2010; Gonçalves, 2006; Miller, 2005; Anetzberger et al, 2005).
- A prevenção, deteção e tratamento deve ser feita em **equipa multidisciplinar**  
(Daly, 2010; Lachs e Fulmer, 1993)

### PRESERVAÇÃO DA AUTONOMIA

- ? Uma pessoa idosa não competente?
- ? Uma pessoa idosa competente que não consente intervenção?
- ? Uma pessoa idosa competente que consente intervenção?
- ? Um cuidador que deseje ou não ajuda e apoio?

(Anetzberger, 2004; Aranis et al, 1993)

### PROMOÇÃO DA SEGURANÇA DE PESSOA IDOSA

- Responder às necessidades de saúde física e mental
- Garantir a segurança da vítima: planeamento com a vítimas de forma de permanecer em segurança
- Empowerment: recuperar sentimento de autoeficácia; respeito pelas escolhas da vítima
- Aliviar as causa subjacentes à violência contra as pessoas idosas

(Anetzberger, 2004; Aranis et al, 1993; Ferreira Alves, 2005)

### INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO NA PESSOA IDOSA EM RISCO DE VIOLÊNCIA

Contusões e equimoses com diferentes colorações e feridas inexplicáveis  
• Queimaduras, marcas de objetos no corpo  
• Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador  
• Idoso repele o toque do cuidador  
• Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa  
• Sobrecarga do cuidador  
• Cuidador com problemas de adição  
• Abandono no hospital



Referenciar Enfermeiro do GIA

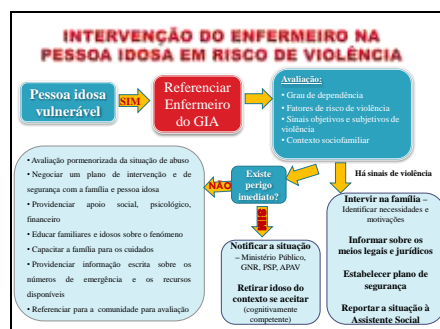


Equipa multidisciplinar  
Prioridade: necessidades da pessoa idosa/segurança

IDENTIFICAÇÃO

AValiação

Ação



## CASO PRÁTICOS

DISCUSSÃO

- Fatores de risco
- Tipologias de maus tratos
- Sinais de violência
- Denunciar? Referenciar?
- Qual a atuação do enfermeiro?
- Encaminhamento para vigilância?

## BIBLIOGRAFIA

- APAV (2011). *Estatística de pessoas idosas vítimas de crime 2000-2010*
- Blay, S; Espíndola, C. (2007). *Prevalência de maus-tratos na terceira idade: revisão sistemática*. Rev. Saúde Pública, n.º 41 (2), pp.301-306
- Borralho, O. (2010). *Tese de Mestrado em Maus tratos e negligência a pessoas idosas: identificação e caracterização de casos de no serviço de urgência de um hospital central*. Universidade de Coimbra
- Chavez, N. (2002). *Violence Against Elderly*. *Acedido em* <http://www.health.org/referrals/nsguides>
- Cooper, C, Selwood A; Livingston, G. (2008). *The prevalence of elder abuse and neglect: a systematic review*. Age and aging, 37
- Ferreira-Alves, J. (2005). *Abuso e negligência de pessoas idosas – Contributos para uma visão forense dos maus-tratos*. In R. A. Gonçalves & C. Machado (Eds.), *Psicologia Forense*. Coimbra: Quarteto
- Champbell, S. & Szoek, C. (2009). *Pharmacological treatment of frailty in the Elderly*. *Journal of Pharmacy – Practice and Research*: Volume 39, N.º 2
- Collêre, M.-F. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, Lidel edições.

## BIBLIOGRAFIA

- Gorgen, T; Schroder, M; Wenn Pflege (2010). *Familie zum risiko wird: Befunde einer schriftlichen Befragung pfegender Angehöriger*
- Minayo, M (2003). *Violência contra idosos: relevância para um velho problema*. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 19 (3) maio
- Phelan, A. (2009). *Elder abuse and neglect: the nurse's responsibility in care of the older person*.
- Reay, A. M. & Browne, K. D. (2001). *Risk factor characteristics in carers who physically abuse or neglect their elderly-dependents*. *Aging Mental Health*, 5
- Sanmartín R.; Torner, A.; Martí, N.; Izquierdo, P.; Solé, C. & Torrelas, R. (2001). *Violência doméstica: Prevalencia de sospecha de maltrato a ancianos*. *Atención Primaria*, 27
- Soares J. et al. (2010). *Abuse and health in Europe*. Kaunas, Lithuanian University of Health Sciences Press
- World Health Organization (2002). *World report on violence and health: a summary*. Geneva
- World Health Organization (2011). *European report on preventing elder maltreatment*.
- Dias, I. (2005). *Envelhecimento e violência contra os idosos*.

## BIBLIOGRAFIA

- Heath, H. & Phai, L. (2011). *Frailty and its significance in older people's nursing*. *Nursing Standard*, 26, 3, 50-55
- Direção Geral de Saúde (2006). *Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas*. Disponível em <https://www.dgs.gov.pt>, acedido em 08 de Dezembro de 2011
- World Health Organization (2011 a). *European report on preventing elder maltreatment*. Recuperado em 3 de Dezembro de 2011. Disponível em <https://www.who.int>
- Lachs, M; Fulmer, C. (1993). *Recognizing elder abuse and neglect*. *Clin Geriatr med*, 9, pp.665-681
- Lachs, M; Pillmer, K. (2004). *Elder abuse*. *The Lancet*, 364, pp.1.263-72
- Rovj, S. et al (2009). *Mapping the elder mistreatment iceberg: U.S. hospitalization with elder abuse and neglect diagnoses*. *Journal of elder abuse and neglect*, 21, pp.346-359
- Zamboni, C; Mello, S; Fontana, R; Rodrigues, R. (2011). *Violência contra o idoso: um velho estigma*. *Cadernos Enfermagem*, vol. 16(4), pp.634-639
- Ziminski, C.E; Phillips, L.R. (2011). *Elder abuse examples& interventions*. *Journal of Gerontological Nursing*, 11. Vol.37, novembro
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel Edições
- Ziminski, C. (2011). *Elder abuse*. *Journal of Gerontological Nursing*, vol.37, n.º 11
- Daly, Jeanette (2011). *Elder abuse prevention*. *Journal of Gerontological Nursing*, vol.37, n.º 11
- Hirsch, C. & Loewy, R. (2001). *The management of elder mistreatment: The physician's role*. *Wien Klin Wochenschr* 153;113(10):384-92

**APENDICE XXXV – DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO DOS  
ENFERMEIROS DO SU**

### Diagnóstico de situação dos enfermeiros do SU

		0	1	2	3	4
<b>Fatores de risco</b>	Idoso com idade superior a 74 anos	3	8	19	16	3
	Idoso com níveis de dependência elevados nas atividades de vida diárias	1	5	10	26	7
	Idoso com demência diagnosticada		4	11	25	9
	Idoso com alguns sinais de desorganização mental		2	12	24	10
	Idoso com depressão diagnosticada ou com história de tristeza profunda		2	9	27	10
	Agressão à família e mudança de comportamento pelo idoso		1	7	26	14
	Depressão/problemas mentais do cuidador		2	10	17	19
	Cuidador sob abuso de álcool e substâncias		3	6	12	28
	Sinais de hostilidade do cuidador para com a pessoa idosa		1	4	14	30
	Problemas financeiros do cuidador	2	4	20	18	5
	Sobrecarga do cuidador		3	18	22	6
	Cuidador financeiramente dependente do idoso		3	20	19	7
	Cuidador emocionalmente dependente do idoso	1	6	21	19	2
	Dificuldade de relacionamento de longa duração entre idoso e cuidador	1	3	14	19	12
	Isolamento social	1	5	15	21	7
	Suporte social deficitário		1	15	25	6
<b>Sinais objetivos</b>	Idoso sedado – sobremedicação (idoso sonolento, não reativo a estímulos, sem causa orgânica atribuível e sem ajustes de terapêutica com benzodiazepinas)		2	7	23	17
	Contusões, equimoses, feridas traumáticas, com diferente coloração		1	7	16	25
	Queimaduras, marcas de objetos no corpo		1	4	15	29
	Feridas inexplicáveis		2	4	15	28
	Alterações de apetite e sono pelo idoso	1	6	20	21	1
	Abandono no hospital	1		5	19	24
	Pessoa idosa verbaliza agressões pelo cuidador			4	17	28

	Higiene deficitária		1	6	27	14
	Roupa inadequada à estação do ano		4	14	20	10
	Desidratação/desnutrição			11	17	20
	Falta de cuidados de saúde			7	26	15
	Úlceras de pressão/eritema da fralda		3	10	20	17
<b>Sinais subjetivos</b>	Idoso evita contacto com a família		3	12	23	12
	História pouco clara de admissão		2	16	28	3
	História relatada não coincidente com a observação		2	19	18	10
	Comportamentos inadequados entre idoso e cuidador			17	18	14
	Idoso repele o toque do cuidador	1	1	12	18	17
	Medo dos cuidados do enfermeiros e equipa		1	8	27	13

**APÊNDICE XXXVI – FICHA DE SINALIZAÇÃO DE RISCO DE  
VIOLENCIA À PESSOA IDOSA**

## Ficha de Sinalização de risco de violência à pessoa idosa

Identificação da Pessoa Idosa			
<b>Nome:</b>	<b>Sexo -</b> <b>Feminino</b> ____ — <b>Masculino</b> ____ —	<b>Data de Nasc.</b>  __/__/____	<b>Idade</b>
<b>Morada:</b>	<b>Localidade</b>	<b>Código Postal</b>	
<b>Telemóvel</b>	<b>Telefone</b>	<b>N.º de Utente</b>	
<b>Unidade de Saúde Familiar/Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados:</b>  <b>Médicos de Família :</b>  <b>Enfermeiro de Família:</b>			
<b>Pessoa Cuidadora/responsável</b>  <b>Nome:</b>  <b>Telefone:</b>  <b>Parentesco:</b>		<b>Outros dados</b>	

### FASE 1 - IDENTIFICAÇÃO

Motivos de alerta para referenciação:	
Sinais de violência <input type="checkbox"/>	Negligência (higiene, alimentação, medicação, ...) <input type="checkbox"/>
Violência psicológica/emocional <input type="checkbox"/>	Abandono no hospital <input type="checkbox"/>
Abandono na família <input type="checkbox"/>	Disfuncionalidade familiar <input type="checkbox"/>
Suspeita de violência sexual <input type="checkbox"/>	Abuso sexual (confirmado) <input type="checkbox"/>
Problemas comportamentais - <input type="checkbox"/>	Problemas comportamentais <input type="checkbox"/>

agressividade contra os outros (família, pessoa idosa, profissionais de saúde), agitação psicomotora	(autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia)
Comportamentos aditivos (álcool, substâncias ilícitas, jogo, ... ) <input type="checkbox"/>	Presença de situações de demência (com alterações de comportamento, nomeadamente agressividade) <input type="checkbox"/>
Outros motivos	Comentários <input type="checkbox"/>

<b>Dados colhidos por:</b> _____ <b>Local do SU:</b> _____ <b>Data:</b> _____ -
---

## FASE 2 – AVALIAÇÃO

VIOLÊNCIA FÍSICA	
Hemorragias conjuntivais	
Lesões com diferentes estádios de evolução (equimoses e hematomas com diferentes colorações)	
Traumatismos constantes e sem explicação plausível	
Lesões de diagnóstico muito complexo, como lesões internas ou neurológicas	
Fraturas de costelas ou corpos vertebrais, fraturas de metáfise	
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos)	
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos acidentais	
Lesões moldadas	
Persistência de sintomas de difícil explicação	



Ausência ou demora na procura de cuidados médicos/saúde	
Consultas de urgência frequentes, sem motivo justificativo	
Intoxicações medicamentosas (mais que um episódio)	
Má nutrição (emagrecimento/dieta desadequada/peso excessivo)/ desidratação	
Cansaço, sonolência, apatia frequentes	
Outros: _____	

### **VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA / EMOCIONAL**

Tristeza, medo, sentimentos de inferioridade, vergonha	
Choro incontrolável e constante	
Perturbações do comportamento alimentar (anorexia)	
Perturbações do sono mais acentuadas	
Alterações do controlo dos esfíncteres	
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente	
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas	
Automutilação	
Depressão	
Comportamento de ideação suicida	
Outros: _____	

### **VIOLÊNCIA SEXUAL**

Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, fissuras, erosão,	
--	--

laceração)	
Infeções de transmissão sexual	
Corrimento vaginal persistente e recorrente	
Presença de espermatozoides no corpo da pessoa idosa	
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas (lubrificante), no corpo ou roupa da pessoa idosa	
Hemorragia vaginal/anal	
Lassidão anormal do esfíncter anal/fissuras anais	
Prurido, dor, edema na região anal/vaginal	
Lesões do pênis ou região escrotal	
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua	
Condutas erotizadas	
OUTROS: _____	

FATORES IMPORTANTES NA PESSOA IDOSA E FAMÍLIA	
Indisponibilidade para a prestação de cuidados à pessoa idosa dependente (questão laboral, exiguidade habitacional, conflitos familiares, reclusão, outros:_____)	
Situação socioeconómica precária e/ou família com subsídios do estado	
Carência de higiene e aspeto descuidado da pessoa idosa e do cuidador	
Cuidadores com comportamentos aditivos (álcool, drogas)	
Falta de autoconfiança na prestação de cuidados	
Cuidadores com doença mental	
Cuidadores com depressão	

Cuidadores com dificuldades de compreensão/cognitivas	
Situações anteriores de negligência ou violência	
Antecedentes de violência nos cuidadores na infância	
Dificuldade do cuidador em aderir às intervenções propostas	
Mudança sucessiva de prestadores de cuidados formais	
Comportamento conflituoso/agressivo com os técnicos de saúde	
Acompanhamento insuficiente de situações de doença e/ou internamento da pessoa idosa	
História inadequada ou recusa em explicar o mecanismo de lesão	
Explicações contraditórias ou discordantes pelos diferentes cuidadores face à situação	
Normas muito rígidas impostas aos técnicos de saúde	
Aparente falta de preocupação com a pessoa idosa e/ou prestação da atenção devida	
Não colaboração nos cuidados realizados à pessoa idosa	
Fuga às responsabilidades de cuidados à pessoa idosa	
Procura excessiva de cuidados médicos	
Desvalorização, ageísmo relativamente à pessoa idosa	
Ausência de manifestações de afeto à pessoa idosa	
Ansiedade excessiva com os cuidados a realizar à pessoa idosa	
OUTROS:_____	
<b>Avaliação de segurança da pessoa idosa</b>	
O agressor está presente?	Sim Não
O idoso tem medo do agressor?	Sim Não
O idoso tem medo ficar sozinho com agressor?	Sim Não

O idoso tem medo que o agressor perceba que estamos a falar com ele?	Sim	Não
Existem armas em casa?	Sim	Não
Existem ameaças de homicídio?	Sim	Não
Existem ameaças de suicídio?	Sim	Não
A violência tem aumentado de gravidade?	Sim	Não
Existe dependência de substâncias pelo cuidador?	Sim	Não
Existe dependência nas AVD's da pessoa idosa?	Sim	Não
Já foi discutido um plano de segurança?	Sim	Não
Outros: _____	Sim	Não

**Dados colhidos por:** \_\_\_\_\_

**Local do SU:** \_\_\_\_\_

**Data:** \_\_\_\_\_

### FASE 3 - AÇÃO

#### Intervenções:

- ☐ Encaminhamento para Cuidados Continuados \_\_\_\_\_
- ☐ Encaminhamento para a RNCCI \_\_\_\_\_
- ☐ Apoio junto de outro familiar \_\_\_\_\_
- ☐ Contato com o psicólogo \_\_\_\_\_
- ☐ Contato com o serviço social \_\_\_\_\_
- ☐ Contato com a APAV \_\_\_\_\_
- ☐ Contacto com Centros de Dia, apoio domiciliário \_\_\_\_\_
- ☐ Internamento hospitalar \_\_\_\_\_
- ☐ Internamento social \_\_\_\_\_



## **APÊNDICE XXVII – GUIAO DE ENTREVISTA**

## **Guião de Entrevista à APAV**

- Como se pode caracterizar a problemática da violência, em Portugal, face à realidade que vivencia na APAV?
- Relativamente ao enquadramento legal e jurídico, parece-lhe adequado a violência ao idoso ser enquadrada no âmbito da violência doméstica?
- Qual considera ser a intervenção mais adequada dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, perante uma suspeita de violência aos idosos?
- Quais os recursos e como ter acesso a eles, de que os enfermeiros podem dispor para ajudar a pessoa idosa nesta situação de vulnerabilidade?
- Como se deve atuar na prevenção?

**APÊNDICE XXXVIII – CONSENTIMENTO INFORMADO E  
ESCLARECIDO PARA GRAVAÇÃO DE ENTREVISTA**



## **Consentimento informado e esclarecido**

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgico vertente pessoa idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, encontro-me a realizar um projeto de intervenção no hospital na área da violência à pessoa idosa de modo a prevenir e melhorar a identificação e encaminhamento das situações de violência.

O seu contributo através de entrevista é fundamental na medida que é perita na área e nos elucidará de qual a melhor intervenção junto da pessoa idosa. Para garantir a fidelidade da informação pretendemos gravar a entrevista. As informações fornecidas serão usadas para garantir uma melhor prestação de cuidados de enfermagem.

O objetivo da entrevista é contribuir para uma melhor intervenção junto da pessoa idosa vítima de violência.

Obrigado pela sua importante contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_  
tomei conhecimento do objetivo da entrevista, e autorizo a sua gravação.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de  
\_\_\_\_\_ de 2013

**APENDICE XXXIX – PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO À COMISSÃO DE  
ÉTICA**

Exmo. Senhor  
Presidente da Comissão de Ética do Hospital Garcia de Orta

**Assunto:** Pedido de autorização de aplicação de instrumento de recolha de dados sobre violência (QEEA) aos idosos no Serviço de Urgência

Susana Isabel Mendes Pinto na qualidade de mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica vertente pessoa idosa, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, e no âmbito de um projeto intitulado “ Cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência à pessoa idosa vítima de violência” (Anexo I), vem por este meio, solicitar a Vossa Ex.<sup>a</sup> autorização para recolha de dados sobre violência através do questionário *Questions Elicit Elder Abuse* (QEEA) a algumas pessoas idosas que recorrem ao Serviço de Urgência.

O objetivo do projeto assenta no desenvolvimento de capacidades de gerir um processo de mudança junto de parte da equipa de enfermagem do Serviço de Urgência através da colheita de dados sistemática a clientes em risco de violência, utilizando o QEEA (Anexo II).

A aplicação do instrumento QEEA obedece aos seguintes critérios: idade igual ou superior a 65 anos; pessoa idosa sem défices cognitivos; assinatura de consentimento informado e esclarecido (Anexo III); diagnóstico de admissão de violência; relato de violência por alguém que acompanhe o cliente; sinais sugestivos de violência; história de admissão não coincidente com a observação; relutância da pessoa idosa ou cuidador familiar em responder a perguntas ou respostas vagas e não plausíveis sobre sinais físicos ou doenças suspeitas; identificação de sobrecarga do cuidador através da escala de Zarit; observação de comportamentos hostis ou agressivos do cuidador familiar para com a pessoa idosa e identificação de problemas mentais ou abuso de substâncias por parte do cuidador familiar. Como critérios de exclusão salienta-se o défice cognitivo da pessoa idosa e a não aceitação em participar.

Em situações de déficit cognitivo por parte da pessoa idosa e perante a suspeita de violência, será realizada uma entrevista ao cuidador familiar no intuito de despistar a situação, na medida que é dever ético e moral por parte do enfermeiro identificar, despistar e encaminhar situações de violência.

A implementação do projeto no Serviço de Urgência foi validada e aceite pelo Sr. Enfº Chefe, na medida que responde às necessidades do serviço e será orientada pela Sra. Professora Doutora Pereira Lopes.

Os princípios éticos sobre a aceitação por parte da equipa de enfermagem que participará no projeto serão respeitados.

Encontro-me inteiramente disponível para o esclarecimento de quaisquer dúvidas que possam ter persistido referentes ao projeto e à recolha de dados.

Agradeço desde já a atenção que possam dispensar a este assunto.

Com os mais cordiais cumprimentos,

## **ANEXO I**

**TÍTULO DO PROJETO:** “Cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência à pessoa idosa vítima de violência”

**INTRODUÇÃO:** A violência à pessoa idosa assume-se como tema pertinente por se considerar um problema social grave (Dias, 2005; Wang et al, 2007; WHO, 2011), um problema de direitos humanos (Ferreira Alves, 2006) na medida que representam uma ameaça grave à integridade física e psicológica e um problema de saúde pública na medida que exige a implementação de estratégias de educação em saúde (Souza, Freitas e Queiroz, 2007; Fulmer, 2003), o que acarreta gastos acrescidos a nível social e de saúde (Blay e Espíndola, 2007) associada à vulnerabilidade da pessoa idosa.

Os profissionais de saúde, nomeadamente, os enfermeiros, quando cuidam da pessoa idosa têm obrigação moral e legal de identificar as vítimas de violência e intervir (Dyer e Halphen, 2012).

**JUSTIFICAÇÃO DA PROBLEMÁTICA:** A pessoa idosa é considerada uma vítima especialmente vulnerável (lei nº.112/2009) pela fragilidade que lhe está inerente, bem como pela avançada idade e estado de saúde. Face a esta vulnerabilidade, a violência familiar é uma realidade que nega a condição de pessoa humana na medida que a pessoa idosa tem “direito à segurança económica e a condições de habitação e convívio familiar e comunitário que respeitem a sua autonomia pessoal e evitem o isolamento ou a marginalização social” (CRP, art. 72º). Ainda numa perspetiva legal, e tendo por base o Código Penal, salienta-se que as situações de negligência e violência doméstica constituem crime, aspeto a interiorizar enquanto sociedade e profissionais de saúde.

Em termos estatísticos, este problema assume também grande dimensão, porque, em Portugal, 39.4% da população idosa é vítima de violência intrafamiliar (WHO, 2011; APAV, 2011). Os estudos realizados em Serviços de Urgência realçam que a maioria das pessoas idosas (superior a 80%) apresenta pelo menos um indicador de violência (Borralho, 2010; Gil, 2011).

Na perspetiva dos cuidados de enfermagem, este tema assume grande relevância face ao aumento da envelhecimento da população, das situações de dependência, das necessidades de cuidados e das dificuldades da família em cuidar dos idosos. Neste sentido, é fundamental que o enfermeiro reconheça e previna situações de violência, identifique fatores de risco, tipos de abuso existentes, sinais/sintomas e indicadores de abuso (White, 2000; Ferraz, 2009; Hess, 2011). No entanto, existe falta de preparação dos profissionais de saúde para o desempenho correto da identificação e encaminhamento (Fulmer et al, 2004; Muehlbauer e Crane, 2006), pelo que se exige a implementação de medidas/estratégias de intervenção face à violência na pessoa idosa (Dias, 2005).

**ENQUADRAMENTO TEÓRICO:** Há uma preocupação cada vez maior em estudar as famílias cuidadoras e a sua relação com a violência face à sobrecarga que lhe

está inerente, sendo que 53% das famílias cuidadoras relatam pelo menos um incidente de maus tratos aos idosos dependentes no último ano (Gorgen et al, 2010).

A pessoa idosa tipicamente sujeita a violência familiar são as mulheres e os grandes idosos que, pelo agravamento das suas faculdades cognitivas e de mobilidade se tornam mais vulneráveis (Dias, 2005).

O Comité Nacional de Abuso a Idosos nos Estados Unidos (National Center on Elder Abuse, 1998), propõe sete tipos de abuso para idosos não institucionalizados: abuso físico, abuso sexual, abuso emocional ou psicológico, abuso financeiro ou exploração material, abandono, negligência e autonegligência. Falando-se de violência na família, é oportuno falar de violência doméstica, ou seja,

Quem, de modo reiterado ou não, infligir maus tratos físicos ou psíquicos, incluindo castigos corporais, privações da liberdade e ofensas sexuais: a) Ao cônjuge ou ex-cônjuge; b) A pessoa de outro ou do mesmo sexo com quem o agente mantenha ou tenha mantido uma relação análoga à dos cônjuges, ainda que sem coabitação; c) A progenitor de descendente comum em 1.º grau; ou d) A pessoa particularmente indefesa, em razão de idade, deficiência, doença, gravidez ou dependência económica, que com ele coabite (art. 152º do CP).

Importa ainda referir que a violência doméstica é um crime de natureza pública.

Segundo Borralho (2010, p. 24), os enfermeiros têm um

papel importante na prevenção e deteção de situações de abuso a pessoas idosas, devido à natureza da relação estabelecida com os seus utentes, baseada na proximidade e tendo como foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue,

numa perspetiva multidisciplinar, assumindo o papel de pivô na equipa, não se demitindo desta responsabilidade nem na adoção de medidas de despiste (Daly, 2010; Lachs e Fulmer, 1993; Borralho, 2010; Gonçalves, 2006; Miller, 2005; Anetzberger et al, 2005). A posição do enfermeiro é considerada privilegiada nestas situações (Day, 2007; Cooper et al, 2009; Muehlbauer e Crane, 2006; Symes, 2011) na medida que, educa e providencia cuidados de empoderamento e estratégias de prevenção primária e secundária (Wieland, 2000). Os profissionais de saúde têm o papel de documentar a sobrecarga, identificar fatores de risco, apoiados na evidência e numa equipa multidisciplinar de modo a responder a este problema (WHO, 2011).

Relativamente ao uso de instrumento de avaliação de violência, este é raro (WHO, 2011), no entanto, a sua aplicação é crucial para a prática (Paixão Jr. e Reichenheim, 2006). Embora exista uma panóplia de instrumentos de rastreio, em Portugal, não existe nenhum instrumento validado. No entanto, o Questions Elicit Elder Abuse (QEEA)<sup>109</sup> está traduzido por Ferreira Alves e Sousa (2005) e bastante implementado em estudos nacionais e avalia a existência e o número de indicadores de abuso (Ferreira Alves, Borralho e Lima, 2010).

## **IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO**

**Finalidade do projeto:** Contribuir como enfermeira especialista para a melhoria da identificação de situações de violência e da continuidade dos cuidados prestados à pessoa idosa e sua família, no Serviço de Urgência do Hospital Garcia de Orta.

### **Objetivos específicos:**

- (1) Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista, na abordagem à pessoa idosa e sua família no Serviço de Urgência
- (2) Desenvolver competências clínicas como enfermeira especialista, na abordagem à pessoa idosa vítima de violência ou em risco e à sua família
- (3) Dar visibilidade aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa idosa vítima de violência
- (4) Conhecer as intervenções de enfermagem junto do cuidador familiar na prevenção da violência à pessoa idosa, nomeadamente na sobrecarga do cuidador.
- (5) Capacitar a equipa de enfermagem do Serviço de Urgência na abordagem à pessoa idosa vítima de violência.

### **Atividades a desenvolver:**

- Reunião com o enfermeiro-chefe e diretor clínico para apresentação do projeto
- Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar

---

<sup>109</sup> O QEEA é composto por 15 questões que refletem indicadores prováveis de abuso, referindo-se a indicadores de abuso auto-reportado pela pessoa idosa; contempla quatro tipos de abuso: físico, psicológico, financeiro e negligência; foi construído por Carney, Kahan & Paris, 2003 (Ferreira-Alves e Sousa, 2005).

- Criação de um grupo de trabalho dinamizador para esta temática
- Sensibilização da equipa multidisciplinar
- Realização de reuniões sobre o tema
- Realização de um estudo de caso em parceria com a equipa de enfermagem
- Promover momentos de partilha e discussão/reflexão sobre a prática na passagem de turno, baseada numa situação de um cliente internado
- Aplicação de instrumento de sobrecarga ao cuidador familiar
- Aplicação do instrumento QEEA às pessoas idosas que reúnam os critérios de inclusão
- Realização de cartas de enfermagem para a comunidade de modo a permitir a continuidade dos cuidados
- Construção de protocolo de intervenção junto da pessoa idosa e cuidador familiar

#### **Critérios de inclusão:**

- Idade igual ou superior a 65 anos
- Pessoa idosa sem défices cognitivos
- Assinatura de consentimento informado
- Diagnóstico de admissão de violência
- Relato de violência por alguém que acompanhe o cliente
- Sinais sugestivos de violência
- História de admissão não coincidente com a observação
- Relutância da pessoa idosa ou cuidador familiar em responder a perguntas ou respostas vagas e não plausíveis sobre sinais físicos ou doenças suspeitas
- Identificação de sobrecarga do cuidador através da escala de Zarit
- Observação de comportamentos hostis ou agressivos do cuidador familiar para com a pessoa idosa
- Identificação de problemas mentais ou abuso de substâncias por parte do cuidador familiar

Como **critérios de exclusão** salienta-se o défice cognitivo da pessoa idosa e a não aceitação em participar.



**Princípios éticos:** A aplicação do questionário depende de assinatura de consentimento informado pela pessoa idosa, sendo salvaguardada a confidencialidade da informação recolhida e a possibilidade de não responder a alguma questão se não desejar. Também será garantido o respeito pela privacidade dos participantes aquando da realização do questionário. Garante-se a autorização do autor para a aplicação do questionário.

## CRONOGRAMA DE ATIVIDADES

	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro
Revisão da literatura				
Prestação de cuidados de enfermagem à pessoa idosa vítima de violência				
Identificação de situações de sobrecarga (escala de Zarit)				
Aplicação do instrumento QEEA				
Realização de cartas de enfermagem para a comunidade				
Apresentação do projeto à equipa multidisciplinar				
Reunião com o diretor de serviço e enfº chefe				
Reuniões sobre o tema com a equipa				
Implementação do instrumento QEEA pela equipa				
Criação de um grupo dinamizador da temática				
Promover momentos de reflexão e partilha				
Apresentação e discussão de um estudo de caso				
Construção de protocolo de intervenção				

## ANEXO II

### *Instrumento Questions Elicit Elder Abuse*

*(Carney, Kahan & Paris, 2003; Adaptado por Ferreira-Alves, Sousa & Borralho, 2005)*

A pessoa responde sim ou não a cada pergunta, o qual vai resultar o número de indicadores de abuso.

- 1- Sente falta de usar óculos, prótese auditiva ou dentes postiços?
- 2- No último ano alguma vez foi deixado(a) sozinho(a), sem o desejar, por longos períodos de tempo?
- 3- Atualmente, se precisar de auxílio de emergência, consegue obtê-lo?
- 4- Quando precisa de ajuda para tarefas quotidianas, consegue obtê-la?
- 5- As pessoas que vivem consigo ou a pessoa que cuida de si, depende de si para ter um lugar onde habitar ou para ter apoio financeiro?
- 6- No último ano deu conta de que lhe tenham tirado dinheiro sem o seu consentimento?
- 7- Atualmente sente-se sozinho(a)?
- 8- No último ano alguma vez foi ameaçado(a) de que seria castigado(a) ou privado(a) das coisas que gosta, ou ainda de que seria posto(a) num lar para pessoas idosas?
- 9- No último ano aconteceu-lhe não lhe terem prestado atenção ou ter sido ignorado(a) por alguém quando o que esperava era que falassem ou conversassem consigo?
- 10- No último ano aconteceu ter sido forçado(a) a comer?
- 11- Quando as pessoas com quem vive não concordam consigo em alguma coisa, acontece o seguinte:
  - Discussões verbais violentas |\_\_\_|
  - Conversações tranquilas |\_\_\_|
  - Agressões físicas |\_\_\_|
  - Ameaças |\_\_\_|
  - Abandono/isolamento |\_\_\_|

- Não surgem conflitos |\_\_\_\_|

- Outros: \_\_\_\_\_

12- Atualmente sente medo de alguém na sua casa?

13- No último ano aconteceu ter sido agarrado(a), batido(a) ou pontapeado(a) por alguém?

14- No último ano aconteceu ter sido amarrado(a) ou fechado(a) num quarto?

15- No último ano aconteceu alguém lhe ter tocado no corpo sem a sua permissão?

### **ANEXO III**

#### *Consentimento informado e esclarecido*

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgico vertente pessoa idosa da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, pretendo realizar um projeto de intervenção, intitulado “Cuidados de enfermagem no Serviço de Urgência à pessoa idosa vítima de violência”.

Para ser possível a realização do mesmo, pretendo identificar se existem indicadores de abuso à pessoa idosa através de um questionário. Deste modo, este questionário serve apenas de instrumento para recolha de dados. Solicito a sua participação, bastando, para tal, responder às perguntas que serão colocadas. A sua participação será voluntária, não existindo quaisquer consequências pela recusa em participar. As informações oferecidas serão usadas para garantir uma melhor prestação de cuidados de enfermagem, sendo garantida a confidencialidade.

Se concordar em participar, por favor, assine no espaço abaixo.

Obrigado pela sua importante contribuição.

Eu, \_\_\_\_\_  
tomei conhecimento do objetivo do questionário, fui esclarecido sobre todos os aspetos que considero importantes e as perguntas que coloquei foram

respondidas. Fui informado que tenho direito a recusar e que a minha recusa em participar não terá consequências para mim.

Assim declaro que aceito participar no projeto.

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de  
\_\_\_\_ de 2012

**APÊNDICE XL - NOTA DE CAMPO: CO-RESPONSABILIZAÇÃO DA  
EQUIPA DE ENFERMAGEM EM SITUAÇÕES DE CUIDADOS  
COMPLEXAS**

## **Nota de campo: Co-responsabilização da equipa de enfermagem em situações de cuidados complexas**

Durante o ensino clínico na comunidade tive a oportunidade de acompanhar uma família e prestar cuidados a um dos elementos, família esta numa situação de vulnerabilidade acrescida face à fragilidade do pai e do filho, com índices de dependência elevados e progressivos e face ao contexto socioeconómico e dinâmica familiar marcada por três momentos de transição negativos, nos últimos 10 anos. Esta família é acompanhada pelas enfermeiras da comunidade há três anos, sendo alvo de intervenção, ainda que a família tenha recusado algumas ajudas por razões económicas.

Sendo esta família considerada de vulnerabilidade acrescida e de grande complexidade na implementação de estratégias de intervenção, e sendo o papel do enfermeiro especialista intervir em situações complexas, optei por avaliar de forma multidimensional a pessoa idosa bem como a dinâmica familiar existente.

Pela complexidade da situação e pela complexidade da intervenção, reuniu-se a equipa de enfermagem para conhecer a situação, discuti-la e propor intervenções. Esta reunião ocorreu durante cerca de 1h20, na qual eu apresentei os dados da situação segundo Collière e identifiquei os principais problemas da família. Durante essa fase, as colegas que acompanham o cliente foram relatando pormenores e respondendo também a algumas perguntas das colegas, sendo por isso bastante interativo. Após todas as enfermeiras conhecerem a situação, seguiu-se um momento de discussão e partilha de possíveis soluções, culminando num compromisso por parte das enfermeiras que seguem o cliente com co-responsabilização da equipa.

Durante a apresentação às colegas, não me senti como aluna a apresentar algo teórico e distante da realidade, mas antes, um elemento da equipa com a qual tive a oportunidade de discutir situações e dar opinião. Senti interesse por parte das colegas na situação em si e na apresentação e por isso, senti-me confiante, nomeadamente na apresentação multidimensional da pessoa idosa com recurso a escalas, as quais não dominavam.

Na altura pensei como são importantes estes momentos para se crescer enquanto profissional na medida de se dar respostas mais eficazes ao cliente, fundadas no

trabalho de equipa. Realizando uma breve apreciação, destaco como aspetos negativos a organização da informação, na medida que foi necessário introduzir a história da doença ao longo da apreciação da pessoa para ser possível contextualizar. No entanto, também não me fazia sentido começar pela história da doença, antes de conhecer o cliente. Outro aspeto relaciona-se com o não cumprimento do tempo de apresentação da situação pelas constantes perguntas realizadas, principalmente pela enfermeira chefe.

Como aspetos positivos refiro a participação das colegas, o interesse pela situação e o feedback positivo das colegas face à reunião, destacando a oportunidade de parar e pensar em conjunto.

Considero que o planeamento da reunião bem como a apresentação à equipa foi uma oportunidade de crescimento na medida que me permitiu adquirir competências na gestão de uma equipa e na planificação de uma reunião. Para além disso, a partilha de ideias consolidou a importância que atribuí à necessidade de intervir de forma multidisciplinar nas situações complexas.

As diversas experiências profissionais e de formação permitem enriquecer o grupo e encontrar pontos de ligação para resolução de situações, nomeadamente, um elemento partilhou a sua experiência na mediação familiar e em reuniões familiares, com bons resultados, o qual se aplicava nesta situação. Considero ainda de extrema importância a co-responsabilização da equipa numa intervenção.

Para concluir, nomeio as seguintes aprendizagens: planeamento de uma reunião, gestão de tempo e de ideias numa reunião, fomentação de partilha de ideias e diálogo, importância da partilha de ideias, importância da intervenção multidisciplinar, importância da partilha de experiências profissionais, as intervenções de enfermagem devem ser dirigidas à família e não a um elemento e a importância da co-responsabilização da equipa nas intervenções complexas.



**APÊNDICE XLI – PLANEAMENTO DA REUNIÃO DA EQUIPA DE  
ENFERMAGEM**

## **Planeamento da reunião da equipa de enfermagem**

Local: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

Data: 21 de novembro de 2012

Horário: 12-13h

### **Objetivo geral:**

- Discutir com a equipa de enfermagem uma situação de cuidados complexa de um cliente seguido em visita domiciliária

### **Objetivos específicos:**

- Apresentar uma situação complexa de cuidados através da avaliação ao Sr. M. e família
- Identificar diagnósticos de enfermagem emergentes
- Planear cuidados de enfermagem individualizados à família
- Promover a discussão da situação de cuidados na procura de alternativas para a família

<b>Etapas</b>	<b>Conteúdos</b>	<b>Métodos e atividades pedagógicas</b>	<b>Recursos didáticos</b>	<b>Tempo</b>
<b>Introdução</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Agradecimento às colegas pela presença</li> <li>• Apresentação do estudo de caso (discussão de uma situação complexa de um cliente seguido em visita domiciliária)</li> <li>• Apresentação da metodologia (apresentação do caso, diagnósticos e intervenções de enfermagem e posteriormente discussão)</li> <li>• Objetivos da sessão (discussão do caso em equipa de enfermagem)</li> <li>• Explicar a razão da escolha da situação (situação de vulnerabilidade acrescida, comprometimento individual e familiar)</li> </ul>	Expositivo Interativo	Computador Data-show	10 min
<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Apresentação da situação</li> <li>• Apresentação dos diagnósticos de enfermagem emergentes</li> </ul>	Expositivo	Computador Data-show	20 min
<b>Conclusão</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discussão da situação – propostas de intervenção</li> <li>• Síntese das intervenções</li> <li>• Programar a intervenção imediata</li> </ul>	Interativo	Quadro branco Apagador Marcadores	15 min  5 min

## **APENDICE XLII – APRESENTAÇÃO DO ESTUDO DE CASO**

III CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA  
- VERTENTE PESSOA IDOSA  
ENSINO CLÍNICO –UCSP DE SANTO ANTÓNIO

## Discussão de uma situação de cuidados de vulnerabilidade acrescida

SUSANA PINTO

21 de novembro de 2012

## OBJETIVOS

- Discutir em equipa uma situação de cuidados de vulnerabilidade acrescida
- Partilhar soluções para a situação de cuidados
- Implementar estratégias de intervenção em equipa

## "O QUE SABEMOS DA PESSOA"

Dados Biográficos	
Nome: Mário	Nome preferido: Mário
Idade: 78 anos	Data de nascimento: 29-08-1934
Género: Masculino	Estado Civil: Viúvo desde janeiro de 2012
Nacionalidade: Portuguesa	Profissão: empresário
Escolaridade: 6º Ano	Reformado
Residência: Vale Mourelas	Religião/crenças: Não tem

## "O QUE SABEMOS DA PESSOA"

- **Projeto de vida** - ajudar o filho mais novo face ao aumento da sua dependência nas atividades de vida diárias
- **Baixos níveis de energia**: fisicamente debilitado, psicologicamente preocupado e sem afetos por parte dos filhos
- **Boa adaptação ao processo de doença crónica**
- Reforma mensal - 613 euros
- Renda da casa - 400 euros

## "O QUE SABEMOS DA PESSOA"

### EXAME FÍSICO

- Consciente, orientado no tempo, espaço e pessoa
- Comunicativo com poucas palavras, educado
- Discurso fluente, objetivo e coerente
- Sensibilidade, coordenação e amplitude de movimentos nos membros superiores e inferiores
- Marcha lenta e cambaleante, com pequenos passos
- Dispneia a pequenos esforços e com presença de adejo nasal

## "O QUE SABEMOS DA PESSOA"

### EXAME FÍSICO

- Pele e mucosas coradas e desidratadas
- Edemas nas pernas, mais acentuado à esquerda.
- Coloração das pernas - escura e pigmentada, desidratada, descamativa
- Dedos do pé esquerdo encontram-se ruborizados e engurgitados, diminuição da temperatura e pulso pedioso filiforme.
- Integridade cutânea mantida

**"O QUE SABEMOS DA PESSOA"**

**EXAME FÍSICO**

- Vestuário aparentemente limpo e adequado à estação do ano
- Calçado não adequado à estação do ano, mas adequado aos edemas dos pés e facilidade em calçar e descalçar-se
- Apresenta perímetro abdominal exuberante

**"O QUE SABEMOS DA PESSOA"**

**NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS**

- Comer e beber** – confecciona as refeições, não realiza as compras
- Movimentar-se** – deambula pela casa; senta-se frequentemente
- Vestir e despir-se** – não consegue calçar meias, dificuldade em calçar sapatos
- Evitar os perigos** – médio risco de queda; medo e ansiedade; não cumpre terapêutica

**RESPIRAR**

Dispneia em grau elevado  
(Medical Research Council Dyspnea Questionnaire (MRC/DQ) – Dispneia grau 5)

Oxigenoterapia no domicílio

Dorme em semi-fowler

**"O QUE SABEMOS DA PESSOA"**

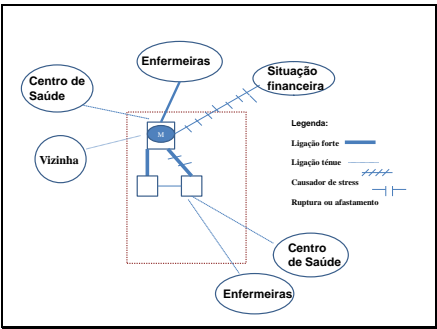
**ÍNDICE DE BARTHEL** (atividades básicas de vida diárias) – 55 = **moderadamente dependente**

**ÍNDICE DE LAWTON E BRODY** (atividades instrumentais de vida diárias) – 22 = **severamente dependente**

**"O QUE SABEMOS DOS QUE A CERCAM E DO MEIO"**

**DINÂMICA FAMILIAR**

- Tem 2 filhos, com os quais cohabita
- Cuidador principal do mais novo
- **Filho mais velho** – trabalha num restaurante, chega a casa muito tarde; divorciado; problemas económicos
- **Filho mais novo** – diagnóstico de esclerose múltipla que não aceita; dependência progressiva nos autocuidados; reforma de 180 euros; namorada que o visita regularmente. Não aceita ajuda externa, não percebe as limitações do pai; o pai refere egoísmo



**"O QUE SABEMOS DOS QUE A CERCAM E DO MEIO"**

**HABITAÇÃO**

- Moradia alugada, 1º andar
- Escadas externas – 25 degraus
- Corredor possui mobiliário – impossibilita passagem de cadeira de rodas
- Humidade extrema em todas as paredes
- Alcatifa nos quartos
- Habitação suja, com pó e desarrumada
- Roupas da D. Amália no quarto do Sr. Mário

## “O QUE SABEMOS DA HISTÓRIA DA DOENÇA”

### ANTECEDENTES PESSOAIS

- **Enfisema pulmonar** seguido em consulta de Pneumologia, no HGO; sob oxigenoterapia
- **HTA** medicada e não controlada
- **Insuficiência venosa dos membros inferiores** – proposta amputação 1/3 inf da perna esquerda em 2007 que recusou; múltiplas úlceras de perna
- **Colite ulcerosa** com quadros de diarreia frequentes

## “O QUE SABEMOS DA HISTÓRIA DA DOENÇA”

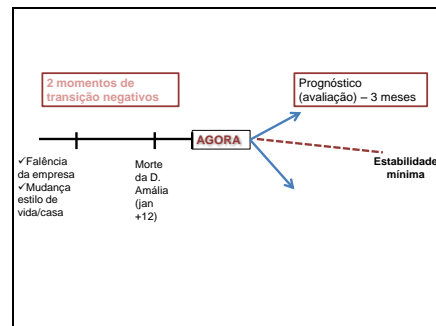
### TERAPÉUTICA

- **Enfisema pulmonar** - salbutamol e brometo de ipatrópio inaladores
- **HTA** - lisinopril; furosemida
- **Insuficiência venosa dos membros inferiores** – daflon
- **Protetor gástrico** - esomeprazol

## PRINCIPAIS PROBLEMAS DE ENFERMAGEM DA FAMÍLIA

- 1- Dependência progressiva nos autocuidados
- 2- Relacionamento dificultado com o filho
- 3- Gestão do regime terapêutico inadequado
- 4- Autocontrolo ansiedade alterado em grau elevado

1. Rejeição da doença pelo filho



## DISCUSSÃO DE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

## DEPENDÊNCIA PROGRESSIVA NOS AUTOCUIDADOS

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Expôr por escrito a situação de grande vulnerabilidade desta família à Segurança Social, Câmara Municipal e Junta de Freguesia baseada numa avaliação multidimensional da pessoa idosa
- Envolver equipa multidisciplinar
- Contactar paróquias com voluntários para ajudar nas compras, limpeza da casa
- Providenciar apoio diário para alimentação
- Providenciar apoio para limpeza geral e limpeza semanal

## RELACIONAMENTO DIFICULTADO COM O FILHO

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Mediação familiar realizada pelo enfermeiro entre o Sr. Mário e o filho de modo a conversarem abertamente sobre as suas situações
- Pedir colaboração à psicóloga para ajudar na mediação familiar
- Conversar com o filho sobre a dependência do pai

## GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO INADEQUADO

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Estimular a adesão ao tratamento
- Explicar os riscos da não adesão à terapêutica e de cada medicamento
- Explicar complicações decorrentes da toma errada da terapêutica
- Supervisionar a toma da terapêutica através da contagem de comprimidos
- Monitorizar a toma de terapêutica hipotensora através de registo diário do valor tensional e terapêutica tomada, realizado pelo Sr. Mário – co-responsabilização

## AUTOCONTROLO ANSIEDADE EM GRAU ELEVADO

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Apoiar a pessoa (permitir que o Sr. Mário expresse os seus sentimentos mostrando compreensão e disponibilidade para ajudar a minimizar a ansiedade);
- Apoiar o Sr. Mário, promovendo a comunicação expressiva de emoções através do diálogo, demonstrando empatia e confiança;
- Informar sobre os tratamentos e sua situação de saúde e esclarecer dúvidas;
- Encorajar o autocontrolo ansiedade mostrando disponibilidade para estar junto dele, garantido segurança e promovendo momentos de relaxamento;
- Dar esperança para uma resolução familiar através de recursos na comunidade;
- Tranquilizar o Sr. Mário;
- Desenvolver junto dele o conceito de enfermeiro enquanto referência para não se sentir desamparado

## REJEIÇÃO DA DOENÇA PELO FILHO

### INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- Envolver a namorada do filho so Sr. Mário para falar com ele sobre o processo de doença e as progressivas limitações
- Providenciar contacto com a Associação de Esclerose Múltipla de modo a interagir com outras pessoas na mesma situação
- Contactar médico de família para dar conhecimento das suas limitações nos autocuidados e condições de habitação
- Contactar o médico neurologista/Hospital de Santa Maria
- Pedir apoio psicológico
- Explicar a preocupação dos enfermeiros para com a sua família face às suas limitações e incapacidade do seu pai continuar a ajudar

## CONCLUSÃO

“ Cuidar é primeiro, e antes de tudo, um acto de VIDA, no sentido em que cuidar representa uma variedade infinita de actividades que visam manter, sustentar a VIDA e permitir-lhe continuar (...). Ao cuidar não é possível escapar à questão: mas que vida se mantém?”

(Collière, 2003, p. 288)



## **APENDICE XLIII – APRECIÇÃO DA REUNIÃO**

## **Apreciação da reunião**

O sucesso da apresentação do estudo de caso na equipa de enfermagem dependeu de dois momentos fundamentais: as visitas domiciliárias realizadas ao Sr. M. e o planeamento detalhado da reunião. As visitas domiciliárias foram fundamentais para a colheita de dados, conhecimento do cliente e família, identificação de problemas de enfermagem emergentes e conhecimento da dinâmica familiar de modo a entender a dificuldade de intervir na família. O planeamento detalhado da reunião incluiu para além do anexo anterior, o convite pessoal a todas as enfermeiras e a preparação da sala para a reunião.

A reunião ocorreu no gabinete da Sra. Enf<sup>a</sup>. Chefe pelo espaço físico amplo e por se encontrar ao lado da sala de tratamentos, permitindo a presença de toda a equipa. E decorreu de acordo com o planeamento.

Durante a apresentação, as colegas estavam muito atentas e sentia que estavam “a entrar” na situação, mesmo aquelas que não a conheciam. O apoio das enfermeiras responsáveis pelas visitas domiciliárias foi fundamental para explicar mais alguns pormenores e responder a algumas questões, referentes ao passado da família, após a apresentação da situação. Senti que as colegas queriam saber mais, senti que tinham sido tocadas, que tinha suscitado preocupação.

A discussão foi um momento muito rico, todas participaram e colocaram a sua perspetiva de atuação, ou seja, cada enfermeira escabeceu prioridades diferentes de intervenção face à sua área de conhecimentos ou características pessoais. Especificando, uma das enfermeiras pertence a uma Comissão de Proteção de Menores e sugeriu uma avaliação multidisciplinar da situação, intervenção habitual na criança. Outra enfermeira, centrou a sua atuação no Sr. M. enquanto elemento prioritário, referindo que o filho ficaria em segundo plano. Outra ainda, centrou-se no filho do Sr. M., pois se este aceitasse a doença, a atuação seria mais facilitadora. Depois de várias sugestões de intervenções, equacionadas a sua viabilidade e tentando-se compreender a razão de recusa de intervenção no passado pela família, chegou-se a um consenso: realização de uma avaliação multidisciplinar da família (enfermeiro, médico de família, Neurologista, assistente social) para ser entregue na Segurança Social com o objetivo de requerer uma habitação adequada ao estado de

saúde/doença de ambos; intervir junto do filho por intermédio da namorada para trabalhar a aceitação da doença e limitações; apoio de psicóloga; reunião familiar com os profissionais de saúde para se discutir a situação atual familiar, se aceitação do Sr. M. e do filho.

O momento da discussão foi sem dúvida o mais enriquecedor. Percebi o incómodo das colegas pela sua expressão corporal, o seu fâcias, pela prontidão das perguntas. E percebi a incredulidade da enfermeira chefe perante a situação, perante a ausência de soluções e perante o tempo que a situação já ocorria. Senti que as enfermeiras que prestavam cuidados ao Sr. M. se sentiram acompanhadas e apoiadas para intervir de uma forma mais objetiva. E eu, o que senti? Senti que tinha feito as colegas despertarem para aquela situação complexa, um verdadeiro drama familiar, onde as energias se dissipavam.

Desde a primeira visita domiciliária, desde que entrei naquela habitação, desde que observei o Sr. M. deambular, desde que vi a sua fragilidade e conheci a dinâmica familiar, percebi que era urgente intervir. E ao longo das semanas fui demonstrando a minha preocupação, fui investigando as intervenções já realizadas, fui perguntando. E incomodei as colegas. E ao propor a apresentação do estudo de caso, foi prontamente aceite.

Considero que esta reunião também foi muito importante para as colegas que lhe prestavam cuidados, pois não tinham mais soluções, contribuído com um pequeno grão para uma possível mudança naquela família.